

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA



"LA PERCEPCION DE LA PSIQUIATRIA Y LAS ACTITUDES
HACIA LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS DE LOS
ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UANL"

Por

DR. ERNESTO MARQUEZ CERVANTES

Como requisito para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

FEBRERO 2016

**LA PERCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA Y LAS ACTITUDES HACIA
LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE LOS ESTUDIANTES DE QUINTO
AÑO DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UANL**

Aprobación de la tesis:



DR. ANTONIO COSTILLA ESQUIVEL
Director de Tesis



DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza



DR. ERASMO SAUCEDO URIBE
Coordinador de Investigación



DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe del Servicio o Departamento



DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ
Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



**“LA PERCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA Y LAS ACTITUDES HACIA LOS
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE LOS ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE
MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UANL”**

Por:

DR. ERNESTO MÁRQUEZ CERVANTES

**Como requisito para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

FEBRERO 2018

**LA PERCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA Y LAS ACTITUDES HACIA
LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE LOS ESTUDIANTES DE QUINTO
AÑO DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UANL**

Aprobación de la tesis:

DR. ANTONIO COSTILLA ESQUIVEL
Director de Tesis

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza

DR. ERASMO SAUCEDO URIBE
Coordinador de Investigación

DR. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe del Servicio o Departamento

DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A Dios, por darme la capacidad de llegar hasta donde me lo proponga;

a mi familia, que es el motivo por el cual me seguiré esforzando;

a mi esposa, a su lado no hay nada que yo no pueda hacer.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Antonio Costilla Esquivel, asesor y director de mi tesis, el apoyo que me ha brindado a lo largo de este proceso y que es incesante motivación a seguirme superando; su ayuda me ha demostrado una filosofía de trabajo que seguiré el resto de mi vida, gracias por haber creído en mí. Gracias por sus enseñanzas, su tolerancia y su paciencia.

Agradezco de forma especial al Dr. Jorge Mascareñas Ruiz y a la Dra. María Ofelia Piñeyro Garza las facilidades y múltiples atenciones otorgadas durante esta investigación. Su distinguida e invaluable ayuda hizo posible concretar una idea que partió desde la primera vez que llegué al Departamento de Psiquiatría.

Quiero dar gracias al Dr. Alfredo Cuéllar Barboza y al Dr. Felipe Sandoval Avilés por las recomendaciones y los consejos compartidos durante el proceso de esta investigación, su profesionalismo y trayectoria inspiran mi mayor respeto y admiración.

Por último quisiera agradecer a todos los estudiantes que decidieron formar parte de este estudio, su energía y sus deseos de aprender son contagiosos, su espíritu de servicio exhorta a trabajar más y mejor para dar la atención de calidad que los pacientes requieren.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	11
RESUMEN	11
1. Introducción	11
2. Justificación	12
3. Material y métodos	13
4. Objetivo general	14
5. Objetivos específicos	15
6. Resultados	15
7. Conclusiones	15
Capítulo II	16
INTRODUCCIÓN	16
1. La Psiquiatría en nuestro país	16
a. Tabla 1	17
b. Figura 1	18
2. Los médicos en formación y la Psiquiatría	18
a. Figura 2	20
3. El estigma hacia la Psiquiatría y la enfermedad mental	20
4. La educación como estrategia para enfrentar la estigmatización	22
a. Tabla 2	25
5. La investigación dirigida a los estudiantes de Medicina	26
6. Intervenciones en el proceso de aprendizaje	28
7. Propuesta de intervención	29
a. <i>Intervención habitual (IH)</i>	32
b. <i>Intervención académica (IA)</i>	36
c. <i>Guía general de aplicación de la intervención</i>	39
Capítulo III	40
HIPÓTESIS	40
1. Hipótesis alterna	41

2.	Hipótesis nula.....	41
Capítulo IV		41
OBJETIVOS.....		41
1.	Objetivo general	41
2.	Objetivos específicos	42
Capítulo V		42
MATERIAL Y MÉTODOS		42
1.	Diseño metodológico	42
2.	Población.....	42
3.	Criterios de inclusión	43
4.	Criterios de exclusión	43
5.	Criterios de eliminación	43
6.	Lugar y método de reclutamiento	43
7.	Captura de datos.....	44
8.	Consideraciones éticas	44
9.	Diseño de la muestra	45
10.	Plan del Análisis estadístico.....	45
11.	Aspectos estadísticos	47
12.	Instrumentos clinimétricos.....	48
	Escala de actitudes de los clínicos hacia la enfermedad mental, versión para estudiantes de Medicina (MICA-2)	48
a.	48
b.	Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (ACP)	50
13.	Instrumentos clinimétricos para tamizaje de psicopatología	52
a.	<i>Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)</i>	52
b.	<i>Inventario de ansiedad de Beck (BAI)</i>	53
c.	<i>Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)</i>	55
Capítulo VI		56
RESULTADOS.....		56
14.	Confiabilidad de las escalas empleadas	57

a.	Tabla 3	58
15.	Efectividad del proceso de aleatorización respecto a la	
intervención	58	
15.1.	Tabla 4	59
16.	Datos sociodemográficos	59
17.	Resultados por escala	60
17.1.	Tabla 5	64
17.2.	Tabla 6	65
18.	Comparación entre grupos sobre las actitudes y	
creencias hacia la Psiquiatría y la enfermedad mental.....	65	
a.	Figura 3. Reporte de MANOVA para MICA-2	66
b.	Figura 4. Reporte de MANOVA para Méritos globales	
de la Psiquiatría	66	
c.	Figura 5. Reporte de MANOVA para Eficacia de la	
Psiquiatría	67	
d.	Figura 6. Reporte de MANOVA para Definición de rol y	
función del Psiquiatra	67	
e.	Figura 7. Reporte de MANOVA para Posibles abusos	
y crítica social	68	
f.	Figura 8. Reporte de MANOVA para Apoyo y carrera	
profesional	68	
g.	Figura 9. Reporte de MANOVA para Factores	
específicos de unidad docente	69	
h.	Figura 10. Tablas de contingencia para especialidad	
en Psiquiatría	70	
i.	Figura 11. Resultados de Pruebas de Cochran-Mantel-	
Haenszel	70	
j.	Figura 12. Tablas de contingencia para aprender más	
sobre enfermedades mentales	71	
k.	Figura 13. Resultados de pruebas de Cochran-Mantel-	
Haenszel	71	
Capítulo VII	75	
DISCUSIÓN	75	
Capítulo VIII	84	

CONCLUSIONES	84
Capítulo IX	84
ANEXOS	84
Capítulo X	91
BIBLIOGRAFÍA	91
Capítulo XI	109
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	109

LISTADO DE FIGURAS

Tabla 1. Distribución de psiquiatras en diferentes países.¡Error! Marcador no definido.

Figura 1. Distribución de psiquiatras por cada 100,000 habitantes en algunos estados del país.....¡Error! Marcador no definido.

Figura 2. Tasa media mundial y tasa media en México de recursos humanos trabajando en salud mental por cada 100,000 habitantes¡Error! Marcador no

Tabla 2. Tasa media de recursos humanos graduados por 100,000 habitantes por región de la OMS.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 3. Resumen de los autores y los coeficientes de confiabilidad interna de las escalas utilizadas..... 52

Tabla 4. Descripción de los datos sociodemográficos divididos por intervención con P valor correspondiente.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 5. Descripción de la media de los puntajes obtenidos en los instrumentos clinimétricos tanto en la intervención académica como en la intervención habitual¡Error! Marcador no definido.

Tabla 6. Descripción de los porcentajes de respuesta a considerar elegir Psiquiatría como especialidad y al interés en aprender más sobre la Psiquiatría divididos por intervención con P valor correspondiente.¡Error! Marcador no

LISTADO DE ABREVIATURAS

ACP	Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría
AUDIT	Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol
BAI	Inventario de ansiedad de Beck
ENEP	Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
IA	Intervención académica
IH	Intervención habitual
MCA	Faltantes completamente aleatorios
MICA-2	Escala de actitudes de los clínicos hacia la enfermedad mental, versión para estudiantes de Medicina
PHQ-9	Cuestionario de salud del paciente

Capítulo I

RESUMEN

1. Introducción

Si se consideran los indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad en nuestro país (Lara, Fouilloux, Arévalo, & Santiago, 2011; Medina-Mora et al., 2003). En México, es común que el primer profesional de la salud que atiende a una persona con algún trastorno mental sea el médico general (Lara et al., 2011).

El tiempo que pasa desde que una persona con un trastorno mental identifica sus síntomas hasta que recibe el tratamiento adecuado es de consideración y distintas investigaciones han arrojado resultados que demuestran que la atención obtenida es deficiente (Baxter, Singh, Standen, & Duggan, 2001; Corrigan, 2004; Lara et al., 2011; Singh, Baxter, Standen, & Duggan, 1998). La escasez de personal preparado, el estigma y la discriminación, son sólo algunos de los factores que afectan la calidad de la atención que reciben los pacientes con trastornos mentales (Lara et al., 2011).

La problemática presentada se puede abordar desde la perspectiva de los recursos humanos en formación al reforzar la educación impartida. La desmitificación de la especialidad de Psiquiatría, que parece ser una de las

especialidades menos atractivas para los estudiantes de pregrado en Medicina, e identificar cómo se presenta esta situación en los estudiantes de nuestra Facultad, podría fomentar la inclinación a realizar la especialidad (Heinze, Chapa, Santisteban, & Vargas, 2012).

Por otra parte, la percepción de la Psiquiatría como especialidad y las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos influyen en la elección de los estudiantes de Medicina de la Psiquiatría como especialidad (Guillem Pailhez, Bulbena, Bulbena, Guilera, & Ventura, 2008; Guillem Pailhez, Bulbena, Coll, Ros, & Balon, 2005). Es posible que una intervención adicional en el curso de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UANL mejore tanto la percepción de la Psiquiatría como las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos (Høifødt, Olstad, & Sexton, 2007; Mino, Yasuda, & Tsuda, 2001).

2. Justificación

Conocer las actitudes frente a los pacientes psiquiátricos y la percepción de la Psiquiatría en una población de estudiantes de Medicina de pregrado mexicanos antes y después de una intervención educativa permitirá aclarar:

- a) El impacto de una intervención educativa y su relación con el cambio en la percepción de la Psiquiatría y las creencias sobre la salud mental y los pacientes psiquiátricos.

b) La confiabilidad de las escalas y encuestas aplicadas a estudiantes de pregrado de la UANL.

c) Si es posible aumentar el interés de realizar una especialización en Psiquiatría.

Contar con un estudio que documente estas actitudes y su posible modificación mediante una intervención, informará cualquier cambio en la manera en que se enseña la Psiquiatría en nuestra Facultad.

3. Material y métodos

Se invitó a todos los estudiantes del quinto año de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León inscritos en el curso de Psiquiatría y que acudieron a las clases en el período de Agosto a Diciembre del 2015 a participar en la investigación. La participación en esta investigación fue libre y voluntaria.

Los estudiantes recibieron una explicación acerca de la intención y el contenido de la investigación, se les garantizó la confidencialidad y la privacidad de su participación al utilizar escalas y cuestionarios contestados de manera anónima, se resguardó la información en un lugar seguro, restringiendo el acceso a los mismos sólo a los autores del estudio. Debido la naturaleza observacional del estudio y al nulo riesgo que éste representa, con la

aprobación del comité de ética institucional se omitió la obtención de un consentimiento informado.

Los participantes llenaron las siguientes escalas y cuestionarios: Escala de actitudes de los clínicos hacia la enfermedad mental, versión para estudiantes de Medicina [Mental Illness: Clinicians' Attitudes medical student version (MICA-2)](a Kassam, Glozier, Leese, Henderson, & Thornicroft, 2010), Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría [Attitudes and views towards Psychiatry questionnaire (ACP)](Balon, Franchini, Freeman, & Hassenfeld, Irwin N Keshavan, 1999), Cuestionario de salud del paciente [Patient Health Questionnaire (PHQ-9)](Kroenke, 2001), Inventario de ansiedad de Beck [Beck anxiety inventory (BAI)](Beck & Epstein, 1988) y el Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol [Alcohol use disorders identification test AUDIT](Villamil Salcedo, Valencia Collazos, Medina-Mora Icaza, & Juárez García, 2009).

4. Objetivo general

Comparar en dos grupos de estudiantes de Medicina, uno que recibió una intervención educativa en pequeño grupo, y otro que recibió la enseñanza habitual, los cambios entre el inicio (estado basal) y el final del curso de Psiquiatría (punto terminal) en la intensidad de la estigmatización de la enfermedad mental, como es medida por la Escala de actitudes de los clínicos

hacia la enfermedad mental, versión para estudiantes de Medicina [MICA-2](a Kassam et al., 2010).

5. Objetivos específicos

- 1) Determinar los puntajes de los estudiantes al estado basal en los siguientes instrumentos clinimétricos: MICA-2, ACP, AUDIT, BAI y PHQ-9.
- 2) Determinar los puntajes de los estudiantes en el punto terminal de los siguientes instrumentos clinimétricos: MICA-2, ACP, AUDIT, BAI y PHQ-9.
- 3) Determinar el cambio en los puntajes en el grupo de estudiantes que recibió la intervención educativa y el grupo que recibió la educación habitual.
- 4) Determinar si existe alguna diferencia entre los puntajes de ambos grupos, y el tamaño de la misma.
- 5) Comparar los índices de confiabilidad de las escalas con los reportados en la literatura.

6. Resultados

7. Conclusiones

Capítulo II

INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que el 14% de la carga mundial de morbilidad es atribuible a los trastornos mentales, presentes en todo el mundo (OMS, 2011). Las estadísticas más recientes estiman un aumento en la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales, algunos de ellos relacionados de manera directa con el envejecimiento de la población (Lyons & Janca, 2015; Seeman, Tang, Brown, & Ing, 2016; WHO, 2011). Sufrir un trastorno mental puede convertir a la persona que lo padece en uno de los miembros más vulnerables y marginalizados de la comunidad (Depla, Graaf, Weeghel, & Heeren, 2005; Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005; Thornicroft G, Rose D, Kassam A, 2007; WHO, 2011). Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP), cuyos hallazgos fueron publicados en el 2003; uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida (De la Fuente & Heinze, 2014; Medina-Mora et al., 2003).

1. La Psiquiatría en nuestro país

En el 2005 se publicó que en México existía una tasa de 2.7 psiquiatras por cada 100, 000 habitantes (Association, 2005; Lara et al., 2011), y en un estudio posterior del 2012 se encontró que había una tasa de 3.47 psiquiatras por cada 100, 000 habitantes (Heinze et al., 2012), cifra que se encuentra por debajo del

promedio mundial de 4.15 psiquiatras por cada 100, 000 habitantes y que evidencia un déficit de especialistas médicos de la salud mental en nuestro país, como se muestra en la tabla 1. Además, la distribución de médicos especialistas en Psiquiatría en nuestro país es irregular, siendo insuficiente para cubrir las necesidades de la población (De la Fuente & Heinze, 2014; Heinze et al., 2012).

a. Tabla 1

País	Habitantes	psiquiatras/100,000
Estados Unidos	297,043,000	13.7
Argentina	38,871,000	13.2
Canadá	31,743,000	12.0
Alemania	82,526,000	11.8
Brasil	180,655,000	4.8
España	41,128,000	3.6
México	104,931,000	2.7

Distribución de psiquiatras en diferentes países. Nota: Promedio mundial: 4.15 psiquiatras/100,000. Fuente: OMS 2005. Adaptado de “La enseñanza de la Psiquiatría en México”, por De la Fuente JR, Heinze G, 2014, *Salud Mental* 37(6):523–30.

En el 2012 se estimó que en nuestro país había un total de 3,823 psiquiatras. El Distrito Federal posee la mayor tasa de psiquiatras con 18.8 por cada 100,000 habitantes, luego se encuentra el estado de Jalisco, que tiene una tasa de 5.8

psiquiatras por cada 100,000 habitantes. El estado de Nuevo León ocupa el tercer lugar, con una tasa de 5.3 psiquiatras por cada 100,000 habitantes (Heinze et al., 2012) (ver figura 1).

b. Figura 1.

Distribución de psiquiatras por cada 100,000 habitantes en algunos estados del país

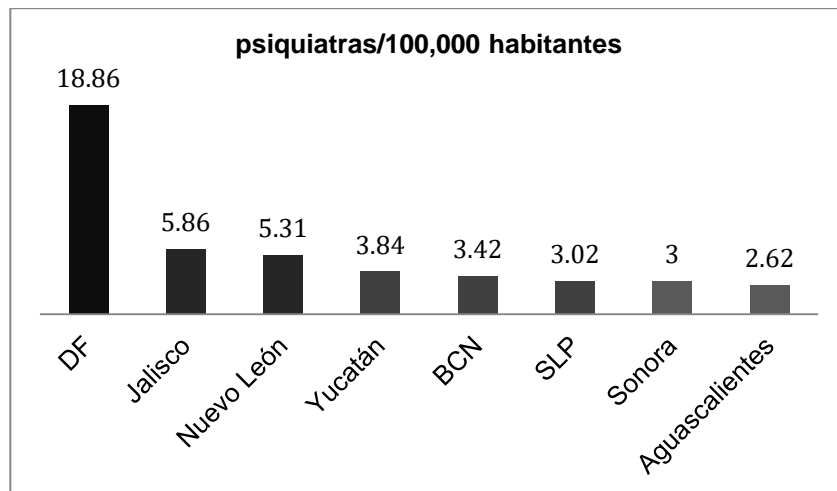


Figura 1. El 43% de los psiquiatras mexicanos ejerce su especialidad en el Distrito Federal, el 11.2% en Jalisco, el 6.46% en Nuevo León y el 38.7% remanente se distribuye de forma heterogénea en el resto del país. *DF* = Distrito Federal, *BCN* = Baja California Norte, *SLP* = San Luis Potosí. Adaptado de “La enseñanza de la Psiquiatría en México”, por De la Fuente JR, Heinze G, 2014, *Salud Mental* 37(6):523–30.

2. Los médicos en formación y la Psiquiatría

Existe una problemática mundial relacionada con la disminución en el interés de médicos recién egresados para considerar la Psiquiatría como una especialidad a realizar (Nielsen & Eaton, 1981; O'Connor et al., 2012a; Papish et al., 2013; Yadav, Arya, Kataria, & Balhara, 2012a) (ver figura 2); en México las plazas ofertadas para realizar la especialidad de Psiquiatría fueron de 141 en el

2009, luego disminuyeron a 137 en el 2010 y a 130 en el 2011 (De la Fuente & Heinze, 2014) (ver figura 3). De igual forma, parece ser una de las especialidades menos atractivas para los estudiantes de pregrado en Medicina (Fazel & Ebmeier, 2009; Gilaberte, Failde, Salazar, & Caballero, 2012; Hofmann et al., 2013; Wilkinson, Greer, & Toone, 1983), por lo que se requiere identificar cómo se presenta esta situación en los estudiantes de nuestra Facultad (Guzmán, Sánchez, & Rodríguez-Losana, 2012; Leung, Awani, Chima, & Udo, 2015).

Se han planteado distintas razones que explican la baja demanda de plazas en Psiquiatría, entre las que se incluyen: el estigma, las dificultades al tratar pacientes psiquiátricos, la percepción de que como Psiquiatra se obtienen bajos ingresos económicos o del bajo prestigio de la Psiquiatría entre las otras especialidades, los tratamientos inefectivos, y que no se perciba a los psiquiatras como modelos a seguir (Balon, 2008; Curtis-Barton & Eagles, 2011; Lau et al., 2015).

Entre las distintas actitudes y creencias de los estudiantes que se han reportado a lo largo de los años a través de la investigación en este tema, destacan las que perciben al campo de la Psiquiatría de modo negativo, pues una cantidad considerable duda de la eficacia de los tratamientos, del mérito científico e incluso algunos han dudado de su condición como especialidad médica (Balon et al., 1999; Curtis-Barton & Eagles, 2011; Nielsen & Eaton, 1981).

a. Figura 2.

Tasa media mundial y tasa media en México de recursos humanos trabajando en salud mental por cada 100,000 habitantes

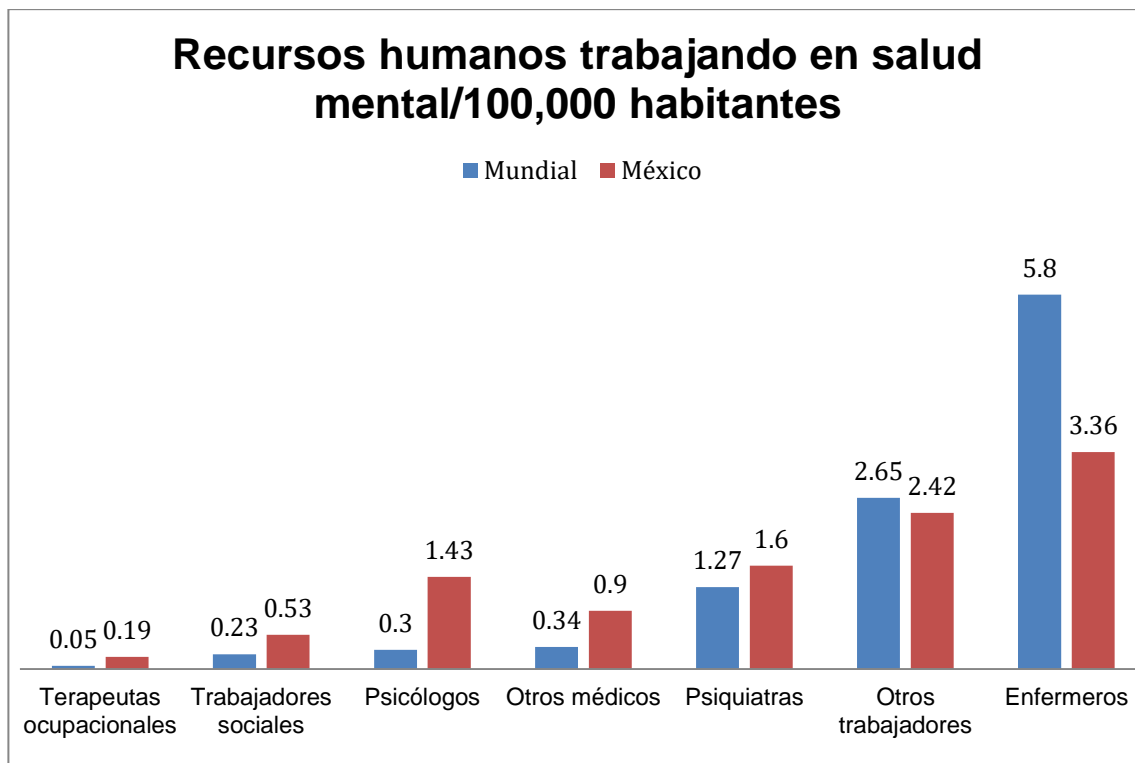


Figura 2. *Incluye a los profesionistas de la salud mental trabajando en la práctica privada, los hospitales y los servicios de salud mental. Enfermería (psiquiátrica y no psiquiátrica) representa el grupo más grande de profesionales que trabajan en el sector de la salud mental; la tasa media es de 5.8 por 100,000, mayor que todos los otros grupos juntos. Adaptado de *Mental Health Atlas 2011*, por OMS, 2011. ** Existen más de 10,000 trabajadores relacionados con la salud mental en México. Los enfermeros son el mayor grupo de profesionales de la salud mental. Adaptado del *Informe sobre sistema de salud mental en México*, por OPS/OMS, 2011.

3. El estigma hacia la Psiquiatría y la enfermedad mental

El término estigma se refiere a un signo, marca o señal que de manera habitual tiene connotaciones negativas (deshonra, afrenta, mala fama, etc.) y que puede llevar hacia la discriminación de quien lo porta (Corrigan, 2004; Depla et

al., 2005; Fresán, Berlanga, Robles-garcía, Álvarez-icaza, & Vargas-huicochea, 2013; Lasalvia et al., 2013; Rüsch et al., 2005; Thornicroft et al., 2015; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Leese, 2009; Thornicroft G, Rose D, Kassam A, 2007; Todor, 2013). De acuerdo a Sartorius, el estigma en la enfermedad mental puede ser definido como una actitud negativa que es provocada por la manifestación de un trastorno mental o la mención de algún tratamiento psiquiátrico en la historia de vida de una persona (Sartorius, 2002, 2007).

Se ha reportado que la estigmatización de la enfermedad mental afecta, la forma de relacionarse con otras personas y la manera en que los usuarios de servicios psiquiátricos perciben su vida (Lasalvia et al., 2013; Sartorius, 2002; Thornicroft et al., 2009), así como la calidad de la atención que reciben los pacientes que portan diagnósticos de salud mental y que desarrollan patología médica no psiquiátrica cuando son atendidos por otros especialistas (Corrigan, 2004; Sartorius, 2007; Thornicroft G, Rose D, Kassam A, 2007); dando por resultado un deterioro en su calidad de vida (Depla et al., 2005; Sartorius, 2002, 2007). Entre las posibles causas que podrían provocar que el estigma perdure están la falta de información y la falta de contacto o relación con una persona con un trastorno mental (Korszun, Dinos, Ahmed, & Bhui, 2012; Yadav, Arya, Kataria, & Balhara, 2012b; Yamaguchi, Mino, & Uddin, 2011).

Resulta lamentable que las creencias negativas y estigmatizantes hacia la Psiquiatría y las personas con algún trastorno mental afecten a la población en

general (Lasalvia et al., 2013; Roberts & Bandstra, 2012; Seeman et al., 2016; WHO, 2011); aún más preocupante es que las conductas negativas se extienden también a los médicos en formación, pues se ha encontrado que los estudiantes de Medicina presentan actitudes y creencias similares a las de la población general. Se ha descrito que los estudiantes de Medicina están propensos a escuchar durante su formación opiniones descalificadoras hacia la Psiquiatría, ya sea por parte de profesores, compañeros o incluso de sus propios familiares (Balon et al., 1999; Roberts & Bandstra, 2012).

Estudios previos han documentado que la estigmatización de los pacientes afecta la forma en que el estudiante aprende a brindarles atención, ya que se les encasilla como peligrosos, agresivos o imposibles de tratar (Roberts & Bandstra, 2012); esto implicaría que los pacientes con algún trastorno psiquiátrico, al no sentirse escuchados, serían incapaces de hablar acerca de sus aflicciones, lo que afectaría de forma adicional la calidad de la atención médica que reciben (Leung et al., 2015; Magliano et al., 2011).

4. La educación como estrategia para enfrentar la estigmatización

Existen estudios que respaldan la enseñanza de la Psiquiatría como un factor de cambio positivo en las creencias y actitudes de los estudiantes hacia la misma (Bobo et al., 2009). Las personas a cargo de la educación de los estudiantes poseen un papel fundamental en este cambio, al facilitar y supervisar el contacto directo de los estudiantes con los pacientes, además de

fomentar la convivencia y la participación de los estudiantes en su tratamiento, lo que facilita un aprendizaje integral (Ghodse, 2005; Retamero & Ramchandani, 2013; Samimi-Ardestani, 2009).

Los profesores, al compartir sus propias experiencias como psiquiatras pueden mostrar a los estudiantes lo que implica el ejercicio de la especialidad, dando un posible impacto positivo pues podrían servir como un modelo para aquellos estudiantes que consideren elegir la especialidad (Feldmann, 2014; Lau et al., 2015; Leung et al., 2015), motivo por el cual también se han desarrollado instrumentos clinimétricos para evaluar las actitudes de los educadores (Stuart, Sartorius, & Liinamaa, 2014).

En el 2010, la Asociación Psiquiátrica Mundial estableció diversos lineamientos como objetivos a lograr dentro de la formación del estudiante de Medicina de pregrado: disminuir el estigma, mejorar la comunicación con el paciente, y promover que los estudiantes disfruten el atender con eficiencia a las personas con algún padecimiento psiquiátrico, igual que al resto de la población (Sartorius et al., 2010). Seguir estos lineamientos podría influir sobre el interés de los estudiantes de Medicina para elegir la Psiquiatría como especialidad (Corrigan, 2004; Farooq, Lydall, Malik, Ndeti, & Bhugra, 2014; Feifel, Moutier, & Swerdlow, 1999; Guillem Pailhez et al., 2005; Wiguna, Siew, & Danaway, 2012).

Revisiones sistemáticas previas de la literatura demuestran que, de manera general, las actitudes de los estudiantes de Medicina hacia la Psiquiatría son positivas; sin embargo, como elección de especialidad es impopular y de las menos escogidas, situación producto de un fenómeno multifactorial (Balon et al., 1999; Baxter et al., 2001; Lyons, 2013; Singh et al., 1998). La literatura expone que en promedio cerca del 3% de los estudiantes escogen la Psiquiatría como especialidad; aquéllos con actitudes positivas hacia la salud mental son tres veces más propicios a hacerlo (El-Sayeh, 2006). La tabla 2 esquematiza la popularidad de la Psiquiatría entre las profesiones relacionadas con la salud mental.

a. Tabla 2

Región OMS	Psiquiatras	Otros médicos	Enfermeros	Psicólogos	Trabajadores sociales	Terapeutas ocupacionales
AFR n = 29-41	0	0.17	1.75	0.01	0.01	0
AMR n = 14-28	0.06	5.3	5.13	0.31	0	0
MRO n = 10-15	0.1	3.86	5.02	0.11	0.06	0
EUR n = 18-35	0.36	9.54	22.85	2.71	3.33	0.07
SEA n = 6-10	0.02	3.35	2.96	0.01	0.06	0.02
PO n = 14-21	0.03	3.58	4.88	0	0	0
Mundial n = 91-148	0.04	3.38	5.15	0.08	0.01	0

Tasa media de recursos humanos graduados por 100,000 habitantes por región de la OMS Nota: Profesionistas asociados a la salud mental; existen más graduados de enfermería que de cualquier otra profesión, los médicos no psiquiatras le siguen. AFR= África, AMR = América, MRO = Mediterráneo oriental, EUR = Europa, SEA = Sudeste asiático, PO = Pacífico occidental, n = Cantidad de países por región que informaron. Adaptado de *Mental Health Atlas 2011*, por OMS, 2011.

Existen diversas estrategias que se han recomendado con el propósito de aumentar el interés de los estudiantes de Medicina hacia la Psiquiatría, como la de facilitar que los estudiantes convivan con personas que padezcan alguna enfermedad mental y que sean de la misma edad, mostrar películas que retraten de manera positiva la historia de vida de alguien con un padecimiento psiquiátrico, e interactuar con los familiares de personas con algún trastorno mental (Roberts & Bandstra, 2012).

La educación podría tener una importancia fundamental entre las medidas que se requieren para disminuir el estigma (Association, 2005; Cutler et al., 2009; Feldmann, 2014; Hofmann et al., 2013; Mino, Yasuda, Tsuda, & Shimodera, 2001). Investigaciones previas han señalado efectos positivos en las opiniones y creencias de los estudiantes de Medicina de pregrado tras completar un entrenamiento en Psiquiatría durante su formación académica que les favorezca el conocimiento y la convivencia con pacientes psiquiátricos, mientras estudian sobre los padecimientos que los aquejan (Baxter et al., 2001). El implementar nuevas estrategias propedéuticas, el fomentar las experiencias positivas y el permanecer sensibles a las necesidades de los estudiantes podrían alentar la elección de la Psiquiatría como especialidad (Lyons, 2013).

5. La investigación dirigida a los estudiantes de Medicina

Indagar acerca de las impresiones que guardan los estudiantes de pregrado hacia la Psiquiatría es de suma importancia, debido a que podría generar un impacto en su experiencia educativa médica en general (Magliano et al., 2014; Guillem Pailhez et al., 2005; Samimi-Ardestani, 2009).

La mayoría de las investigaciones que se han realizado sobre este tema se han focalizado en la actitud hacia la enfermedad mental que tiene la sociedad (Bhugra, 2013; Fresán et al., 2012; Gilaberte et al., 2012; Rüsch et al., 2005; Seeman et al., 2016; Todor, 2013). Conocer acerca de las ideas y creencias

relacionadas con la Psiquiatría y los pacientes psiquiátricos permitiría implementar medidas educativas para mejorar la calidad del cuidado y de la atención que los médicos en formación ofrecerán a los pacientes en un futuro (Korszun et al., 2012; Guillem Pailhez et al., 2005; Samimi-Ardestani, 2009; Yamaguchi et al., 2011), y el estigma asociado a la enfermedad mental por los estudiantes podría ser modificado por una intervención educativa (El-Sayeh, 2006; A. Kassam, Glozier, Leese, Loughran, & Thornicroft, 2011a; Papish et al., 2013).

Aunque existen estudios realizados en la población mexicana que describen las actitudes hacia la enfermedad mental de la población general (García-Silberman, 1998; Wimsatt, Schwenk, & Sen, 2015), durante el desarrollo de esta investigación no se encontraron investigaciones que describan las opiniones de los estudiantes de Medicina hacia este campo en México.

El estigma se enfrenta al recibir a los estudiantes durante la guardia en la sala de Psiquiatría, que facilita un espacio de reforzamiento de los distintos aspectos académicos impartidos durante el curso, al mismo tiempo que privilegia la relación de los estudiantes con los pacientes (Hallal, Victora, Azevedo, & Wells, 2006).

La presencia de un facilitador que acompañe, resuelva y provea de información certera durante la interacción, volverá más eficiente el abordaje de la intervención contra el estigma (Roberts & Bandstra, 2012). Este es, por tanto, un

momento ideal para escuchar de manera empática las dificultades que puedan presentar antes de realizar la guardia (Pessar, Pristach, & Leonard, 2008).

Existen estudios que respaldan la aplicación de intervenciones educativas dirigidas hacia la resolución de prejuicios y a combatir la desinformación relacionada con distintas psicopatologías en los estudiantes de Medicina y Psicología, como el estigma provocado por la Depresión (Wimsatt et al., 2015) o por la Esquizofrenia, la cual es una de las patologías más estudiadas en cuanto a estigma se refiere (Magliano et al., 2014).

6. Intervenciones en el proceso de aprendizaje

Las estrategias para facilitar el entendimiento de la Psiquiatría y de los trastornos mentales han sido diversas (Thornicroft et al., 2015). Se han propuesto módulos de aprendizaje que utilizan películas seguidas de un seminario que después se ha complementado por el testimonio de un paciente con la afección retratada en la película (Ahmed, Bennett, Halder, & Byrne, 2015; Kuhnigk et al., 2012). Además, entre las distintas intervenciones que se han propuesto destacan aquellas conformadas por eventos de difusión cultural masiva, en los cuales se presentan exhibiciones, conciertos, obras, talleres o películas con la intención de provocar un cambio en las actitudes hacia los padecimientos psiquiátricos (Ahmed et al., 2015; Kuhnigk et al., 2012; Quinn, Shulman, Knifton, & Byrne, 2011).

Los estudios que describen las intervenciones dirigidas hacia lograr el cambio en las actitudes hacia la Psiquiatría y los pacientes psiquiátricos se basan en la aplicación de métodos diversos, ya sea mediante la experiencia clínica o mediante la instrucción académica (A. Kassam et al., 2011a; Yadav et al., 2012b). Se ha documentado que el realizar una rotación clínica o participar en guardias tiene un efecto positivo sobre la percepción hacia la Psiquiatría (Araya, Jadresic, & Wilkinson, 1992; Burgut, 2013; Holm-Petersen, Vinge, Hansen, & Gyrd-Hansen, 2007; Pessar et al., 2008; Xavier & Almeida, 2010).

De los distintos tipos de programas aplicados para prevenir el estigma, la exposición directa con personas con una enfermedad mental parece ser la vía de intervención más importante; la educación y la exposición por video parecen ser menos efectivas (Yamaguchi et al., 2011). En nuestro hospital se utiliza un programa mixto, que combina el trato directo con una persona con un padecimiento psiquiátrico, el contacto indirecto (la educación por video) y una explicación por expertos.

7. Propuesta de intervención

La intervención planteada por este estudio estuvo dirigida hacia la práctica clínica y la instrucción académica; por lo que se realizó antes y durante las guardias de los estudiantes de Medicina de pregrado, buscando mejorar la percepción hacia la Psiquiatría y las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos mediante el reforzamiento de sus habilidades clínicas y asistenciales (Curtis-

Barton & Eagles, 2011; Høifødt et al., 2007; Retamero & Ramchandani, 2013; Roberts & Bandstra, 2012).

Sin duda alguna, las guardias causan un impacto en el aprendizaje de los estudiantes (Balon, 2008; Bobo et al., 2009; Gathright, Thrush, Guise, Krain, & Clardy, 2015; Griffith et al., 2005; Serby, Schmeidler, & Smith, 2002), sin embargo, un estudio no fue capaz de demostrar una correlación entre la mayor duración de las mismas y el aumento en la elección de Psiquiatría como especialidad (Lau et al., 2015) además de que los estudios que se han realizado no han determinado de forma contundente si funcionan como un factor positivo o negativo en sus actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (Balon, 2008).

Los estudiantes realizan guardias durante su rotación en Psiquiatría, por lo que representa una condición única en la que se debe de animar la relación de los estudiantes con los pacientes y privilegiar su interacción.

Los objetivos de cualquier tipo de intervención deben estar dirigidos a tranquilizar a los estudiantes y a permitirles aclarar sus ideas (Malhi et al., 2003; O'Connor et al., 2012b). El que se sientan apoyados de manera empática, sin que se critique o se ignore que durante su permanencia en la guardia puedan sentirse estresados, así como que reciban ayuda para entender la razón por la cual estén incómodos, es de vital importancia (Cutler et al., 2009; Feldmann, 2014).

Se decidió escoger a los residentes de la especialidad de Psiquiatría como facilitadores de la intervención debido a su cercanía con los estudiantes y a la posibilidad de ejercer una influencia positiva sobre ellos (Curtis-Barton & Eagles, 2011; Hallal et al., 2006). El acompañamiento a los estudiantes durante la guardia fomenta el desarrollo y la práctica de habilidades clínicas dirigidas hacia la resolución del estigma (Hallal et al., 2006; Leung et al., 2015), además de que al estar en contacto con los pacientes, se promueve el desarrollo de las habilidades de empatía y auto-observación en los estudiantes (Brenner, 2011).

Se propone una Intervención académica (IA) con el objetivo de mejorar la percepción hacia la Psiquiatría, así como tratar de incrementar las actitudes positivas hacia los pacientes psiquiátricos de los estudiantes de Medicina de pregrado que cursen la asignatura de Psiquiatría, en la cual se incluyen las recomendaciones de distintos autores (Bobo et al., 2009; El-Sayeh, 2006; Hofmann et al., 2013; Ortiz & Sánchez-Mora, 2012; Wimsatt et al., 2015) e ideas del autor, como medida de comparación y control; que se comparó con una Intervención habitual (IH), que sigue la estructura empleada de forma regular.

Las intervenciones se dividen en dos partes, la primera parte se implementó en las sesiones introductorias a las que los estudiantes de Medicina asisten la semana previa a las guardias, y la segunda parte se llevó a cabo el día que tuvieron su guardia, justo al inicio de la misma.

Se describen a continuación los pasos para realizar ambas intervenciones; cabe destacar que es posible que cualquier persona relacionada con el campo de salud mental pueda participar como facilitador de las mismas; sin embargo, en este estudio se realizó a través de residentes de la especialidad de Psiquiatría.

a. Intervención habitual (IH)

Primera parte.- Durante la sesión introductoria previa a la semana de la primera guardia (45 minutos).

- 1) Explicar el propósito de la guardias así como el valor de su participación en el tratamiento de los pacientes (15 minutos)
- 2) Establecer las normas acerca del comportamiento esperado del estudiante de Medicina de pregrado, así como las reglas mínimas necesarias a observar durante la guardia mediante la aclaración de los 15 puntos del reglamento ya establecido por el Departamento de Psiquiatría (30 minutos).
 - a) Distribución de trípticos con el reglamento interno sobre las guardias de pregrado en el Departamento de Psiquiatría.
 - b) Apoyo audiovisual con ejemplos de cada punto del reglamento.

Segunda parte.- Al momento de la entrada a la guardia (26 a 31 minutos).

- 3) Bienvenida: Se les recibirá de una manera cordial y amable (1 minuto).
 - c) Presentación breve de todos los presentes.

4) Establecimiento de expectativas e ideas relacionadas a la guardia (5 minutos).

d) Indagar acerca de las ideas asociadas a la guardia.

e) En caso de no haber participación, se dejará abierta la posibilidad de interrumpir o realizar preguntas durante el resto de la intervención o después de que esta haya terminado.

5) Descripción general del área donde se realizará la guardia: Explicación de la llegada de los pacientes y el abordaje inicial ofrecido, se repasan los aspectos de discreción y confidencialidad (5 minutos).

f) Guardias en el área de internamiento:

i. Área de cuidados críticos psiquiátricos

ii. Área de comunidad terapéutica

g) Guardias en el servicio de Urgencias:

i. Consulta de Urgencias

ii. Interconsultas

iii. Intervención en crisis

6) Establecer las normas acerca del comportamiento del estudiante de Medicina de pregrado y reglas mínimas necesarias a observar durante la guardia (5 minutos).

h) Repasar el Reglamento interno sobre las guardias de pregrado, haciendo énfasis en:

i. Recomendaciones sobre seguridad en el servicio de Urgencias Psiquiátricas

- ii. Recomendaciones sobre permanencia y convivencia en las diversas áreas.
- 7) Asignación de trabajo a realizar por los estudiantes: en la atención y el cuidado de los pacientes. (10-15 minutos)
 - i) Guardias en el área de internamiento (15 minutos):
 - i. Establecer el trabajo a realizar durante la guardia.
 - ii. Aclarar el rol que se espera desempeñen los estudiantes.
 - iii. Distribuir de manera equitativa el trabajo a realizar.
 - iv. Al hacer las guardias en el internamiento, se explicará la condición clínica de cada paciente de la sala.
 - v. Explicar las medidas de tratamiento o terapéuticas aplicadas.
 - j) Guardias en el servicio de Urgencias (10 minutos):
 - i. Establecer el trabajo a realizar durante la guardia.
 - ii. Aclarar el rol que se espera desempeñen los estudiantes.
 - iii. Distribuir de manera equitativa el trabajo a realizar.
 - iv. Al realizar las guardias en el servicio de Urgencias, permanecerá como observador de la atención de los pacientes mediante la observación de la Consulta de Urgencias o Interconsulta.
- 8) En caso de que no sea posible la participación de los estudiantes en la atención del paciente o que el facilitador no pueda estar con ellos, se les sugerirá utilizar el tiempo libre para realizar una búsqueda de artículos

relacionados con la Psiquiatría o la revisión del material de estudio de apoyo para estudiantes.

Cabe señalar que en la intervención habitual esta actividad depende de que la persona que reciba a los estudiantes decida realizarla; es poco común que se incentive al estudiante a la revisión y la discusión de material teórico adicional al visto durante el seminario.

k) Estudio de viñetas:

- i. Paciente con Trastorno por consumo de sustancias
- ii. Paciente con riesgo de autolesión/suicidio
- iii. Paciente con agitación psicomotriz

l) Lectura de Guías de Intervención mhGAP:

- i. Depresión (8 páginas)
- ii. Psicosis (6 páginas)
- iii. Trastorno bipolar (8 páginas)
- iv. Trastorno por consumo de drogas (8 páginas)
- v. Trastorno por consumo de alcohol (8 Páginas)
- vi. Autolesión/ Suicidio (6 páginas)

m) Estudio sobre aplicación de escalas:

- i. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- ii. Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- iii. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)
- iv. Escala de Calificación de la Severidad del Suicidio de Columbia (C-SSRS)

- v. Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS)
- vi. Escala de Depresión de Hamilton (HDRS)
- vii. Escala de Depresión Montgomery-Asberg (MADRS)
- viii. Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)
- ix. Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS)

9) Durante la guardia, se permitirán descansos en los espacios de tiempo en los cuales no haya actividades relacionadas con la atención de los pacientes.

b. Intervención académica (IA)

El tiempo para la implementación de la intervención académica es mayor e implica tener un contacto más cercano y prolongado con los estudiantes.

Primera parte.- *La aplicación de la primera parte es **idéntica** en ambas intervenciones.*

Segunda parte.- Al momento de la entrada a la guardia (31 a 51 minutos).

3) Bienvenida: Se les recibirá de una manera cordial y amable que inspire confianza (1 minuto).

a) *Presentación más **personalizada** del facilitador y de los estudiantes, compartir teléfono de contacto y correo electrónico; sugerir otras*

facilidades de acercamiento y ofrecer total disponibilidad a los estudiantes.

- 4) Establecimiento de expectativas e ideas relacionadas a la guardia, a los pacientes y a las especialidades médicas: *Se busca crear un ambiente que propicie la **comunicación abierta** y honesta entre los participantes (10 minutos).*
 - b) *Indagar acerca de las preferencias y creencias sobre las distintas **especialidades médicas**, averiguar los motivos para preferir las que reporten como favoritas.*
 - c) *Explorar las **ideas y creencias** asociadas a las guardias y los pacientes que se atienden.*
 - d) *Se **brindará tiempo** para que externen temores, inquietudes o preocupaciones asociadas a la guardia.*
 - e) *Este inciso es **idéntico** a la intervención habitual.*
- 5) *La descripción es **idéntica** a la propuesta en la intervención habitual.*
- 6) *El establecimiento de las normas de comportamiento es **idéntico** al de la intervención habitual.*
- 7) *Asignación de tareas del residente de guardia y de los estudiantes: **Hacerlos partícipes** del cuidado y la atención de los pacientes psiquiátricos (20-30 minutos).*
 - f) *Guardias en el área de internamiento (30 minutos): A pesar de que los primeros tres incisos son **idénticos** a los de la intervención habitual,*

este apartado requiere más tiempo en la intervención académica, ya que se agregan más tareas a realizar con los estudiantes.

- i. *Procurar, en la medida de lo posible, dar asignaciones que concuerden con las **tareas que deseen** realizar los estudiantes:*
 - ii. *Explicar la **condición clínica y evolución** de cada paciente internado de la sala y correlacionarla con su tratamiento.*
 - iii. *Breve explicación de la **clave diagnóstica** de cada paciente según los criterios diagnósticos del trastorno sospechado utilizando el material de apoyo.*
 - iv. ***Explicar y discutir** sobre las medidas de tratamiento aplicadas.*
- g) *Guardias en el servicio de Urgencias (20 minutos): Los primeros tres incisos son **idénticos** a los de la intervención habitual, se agregan otras tareas a realizar con los estudiantes.*
- i. *Procurar, en medida de lo posible, dar asignaciones que concuerden con las **tareas que deseen** realizar los estudiantes:*
 - ii. *Se pretende dar una **mayor participación** al estudiante que la de solo observar la Consulta de Urgencias o Interconsulta.*
 - iii. ***Reflexión y discusión** acerca de los diversos aspectos clínicos observados durante la entrevista.*
 - iv. ***Explicar** las medidas de tratamiento o terapéuticas aplicadas.*
- 8) ***Brindar material** didáctico acorde a las necesidades durante la guardia.*
- 9) *En caso de que no sea posible la participación de los estudiantes en la atención del paciente o de que el facilitador no pueda estar con ellos, se les*

proporcionará material de apoyo para su estudio y posterior discusión.

Aunque se trata de material adicional, el material proporcionado en este inciso es **idéntico** al establecido en el punto 8, incisos k, l y m de la intervención habitual.

10) Como opción adicional, se puede dar tiempo para realizar una **búsqueda de artículos** relacionados con la Psiquiatría para su posterior discusión.

11) Promover la comunicación con los estudiantes durante la guardia, dar oportunidad de hablar y discutir acerca de **cómo se sintieron** al final de la misma.

12) Durante la guardia, se permitirán descansos en los espacios de tiempo en los cuales no haya actividades relacionadas con la atención de los pacientes. Sin embargo, como parte de la intervención académica, se dará mayor énfasis en el **estudio, lectura o práctica** de aplicación de escalas.

c. Guía general de aplicación de la intervención

1) El seguimiento del esquema propuesto para ambas intervenciones puede realizarse mediante el uso de material que apoye su aplicación correcta: tarjetas guía de las intervenciones (intervenciones resumidas) e información concisa sobre los trastornos psiquiátricos (guías de intervención mhGap, viñetas, información sobre escalas, video y artículos relacionados).

- 2) La información resumida sobre los criterios diagnósticos de los trastornos psiquiátricos más frecuentes estará disponible para los facilitadores. Es importante que el facilitador cuide no etiquetar a los pacientes según su padecimiento y que procure que los estudiantes tampoco lo hagan.
- 3) En el caso de que el estudiante no quiera participar en las actividades de la guardia se procurará hablar con él y aclarar cuál es la causa. Si es posible encontrar una solución de forma razonable, se reintegrará a la guardia. Si no es posible solucionar el problema que le impida integrarse a la guardia, se respetará la decisión del estudiante, se informará a la brevedad a la autoridad académica correspondiente y se continuará con la guardia con el resto de los estudiantes de forma habitual.

Capítulo III

HIPÓTESIS

La disminución en las actitudes estigmatizantes de estudiantes de Medicina en el noreste de México hacia los pacientes psiquiátricos, medidas como la diferencia entre la medición basal y la final en los puntajes obtenidos por la escala MICA-2, es mayor en un grupo que recibe una intervención académica que en un grupo que recibe la educación habitual.

1. Hipótesis alterna

Las actitudes de los estudiantes de Medicina hacia los pacientes psiquiátricos mejorarán a través de una intervención en su rotación académica.

2. Hipótesis nula

Las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos de los estudiantes de Medicina no mejorarán a través de una intervención planteada.

Capítulo IV

OBJETIVOS

1. Objetivo general

Comparar en dos grupos de estudiantes de Medicina los cambios entre el inicio (estado basal) y el final del curso de Psiquiatría (punto terminal) en la percepción de la Psiquiatría y las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos: uno que recibirá una intervención educativa en pequeño grupo, y otro que recibirá la enseñanza habitual.

2. Objetivos específicos

- 1) Determinar los puntajes de los estudiantes al estado basal en los siguientes instrumentos clinimétricos: MICA-2, ACP, AUDIT, BAI y PHQ-9.
- 2) Determinar los puntajes de los estudiantes en el punto terminal de los siguientes instrumentos clinimétricos: MICA-2, ACP, AUDIT, BAI y PHQ-9.
- 3) Comparar los índices de confiabilidad de las escalas con los reportados en la literatura.
- 4) Determinar el tamaño del efecto de la intervención.

Capítulo V

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño metodológico

Estudio observacional, transversal, descriptivo, abierto.

2. Población

Estudiantes de pregrado de la facultad de Medicina de la UANL del quinto año de la carrera de Medicina.

3. Criterios de inclusión

Estudiantes inscritos en la Médico Cirujano Partero de la Facultad de Medicina de la UANL, mayores de 18 años, que se encuentren cursando la asignatura de Psiquiatría y que acepten participar de manera voluntaria en el estudio.

4. Criterios de exclusión

Estudiantes que no deseen participar en el estudio, o que no cursen la asignatura de Psiquiatría en el momento de la evaluación inicial.

5. Criterios de eliminación

Aquellos participantes que no contesten las escalas y cuestionarios de manera adecuada o completa, que hayan desertado de la carrera durante el estudio o que no sean localizables para la segunda evaluación.

6. Lugar y método de reclutamiento

Se invitó a los estudiantes de Medicina en el aula dentro de la Facultad de Medicina de la UANL en la ciudad de Monterrey, N.L. donde toman su seminario de Psiquiatría de manera habitual; recibieron una invitación verbal a participar en el estudio, su participación fue voluntaria y formaron parte del estudio una vez que se verificó que se cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

7. Captura de datos

Doble captura independiente de los resultados de los instrumentos clinimétricos además de los datos demográficos de los participantes del estudio.

8. Consideraciones éticas

El estudio requirió la participación de los estudiantes de quinto año de Medicina, a quienes se les pidió su participación voluntaria, previamente informada de forma verbal y escrita; haciendo hincapié en la posibilidad de negar o suspender su participación en cualquier momento. La información registrada está resguardada por medio de los mecanismos de archivado de protocolos de investigación del Departamento de Psiquiatría. La información resguardada no será compartida con otras personas ajenas al estudio.

La aplicación de un consentimiento informado no fue necesaria para la realización de ésta investigación, por lo que se solicitó la exención del mismo y ésta fue aceptada por el Comité de Ética en Investigación.

El Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la UANL y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” revisó y aprobó éste proyecto de investigación el 5 de Febrero del 2015. El protocolo en extenso quedó registrado con la clave PS15-001.

9. Diseño de la muestra

Dado que la totalidad de los alumnos deben realizar guardias durante su curso, sólo se excluirá a aquéllos que se nieguen a participar en el llenado de los cuestionarios.

10. Plan del Análisis estadístico

El listado de variables demográficas, de grupo y clinimétricas puede encontrarse en la Tabla 6, junto con los roles asignados en el estudio. Se compararon las mediciones basales de las variables demográficas y clinimétricas entre los grupos para controlar posibles sesgos, a través de pruebas t (en caso de homocedasticidad) o de Wilcoxon (en su ausencia) para las variables continuas, y de proporciones para las categóricas.

Variables independientes en el estudio

Edad, género, grupo asignado, número de guardias a las que asistió.

Variables dependientes en el estudio

Comparación principal:

La diferencia entre los grupos de intervención (habitual v.s. académica) con respecto al cambio entre la puntuación total final y basal en la escala MICA-2, fue

evaluada mediante una prueba t para datos pareados, dada la igualdad de varianzas de las distribuciones muestrales.

Potencia estadística en la comparación principal

Dado que se esperaba que ocurrieran cambios favorables en las puntuaciones de los alumnos de la Facultad de Medicina al término del curso de Psiquiatría, se calculó que para detectar una diferencia en estos cambios (final-basal) debida a pertenecer al grupo que recibió la intervención habitual de 10% de la puntuación inicial, considerando como una diferencia no significativa una menor o igual a 5%, y con un tamaño de muestra aproximado de 150 por grupo (admitiendo que un 10% de los alumnos inscritos se nieguen a participar o no terminen el estudio por alguna otra causa), la potencia estadística sería de 85%, excediendo el límite tradicional de 80%.

Comparaciones secundarias

Además se compararon, en forma exploratoria y secundaria la diferencia entre la puntuación total final y basal en las escalas ACP, PHQ-9, Beck, AUDIT, empleando el mismo método estadístico (prueba t para datos pareados) excepto en la escala BAI, en la que se empleó la prueba de Wilcoxon por diferencia en las varianzas muestrales, y pruebas de Chi cuadrada de Pearson para variables categóricas como: género, origen, ocupación, condición académica, condición de residencia, interés en realizar la especialidad de Psiquiatría e interés en aprender

más sobre las enfermedades mentales. También se reportó el número de sujetos del estudio que dio valores por encima del punto de corte de tamizaje para **Depresión mayor** (PHQ-9), **Trastorno de ansiedad** (BAI), y **Abuso de alcohol** (AUDIT); los sujetos recibieron indicaciones para su posterior evaluación, de acuerdo a las consideraciones éticas de este protocolo.

Determinación de consistencia interna de los instrumentos

En vista de que el instrumento principal aplicado no ha recibido aún una determinación de parámetros psicométricos, y tomando en consideración que la confiabilidad es una propiedad muestral y no de los cuestionarios, se decidió evaluar cada una de las escalas aplicadas mediante la determinación de la consistencia interna (Alfa de Cronbach y Omega de McDonald).

11. Aspectos estadísticos

Una vez realizada la doble captura independiente, se compararon ambas bases de datos y se corrigieron las diferencias, los datos discrepantes entre ambas bases se compararon directamente con el documento. Luego se procedió a la generación de distribuciones univariadas y la verificación de que los valores estuvieran en rango. Se realizó el etiquetado de los faltantes y el análisis de datos faltantes, cuyo patrón resultó ser de faltantes completamente aleatorios (Missing completely at random [MCA]), lo que permitió que recibieran un tratamiento por pares (pairwise); que consiste en que cuando un sujeto tiene

valores faltantes en una columna de datos pero no en otras, se le deja de tomar en cuenta para la columna faltante pero no para las otras.

12. Instrumentos clinimétricos

Las investigaciones que se han llevado a cabo con el objetivo de identificar las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental y la percepción de la Psiquiatría de los estudiantes de Medicina se han realizado mediante la aplicación de diversas escalas y encuestas (26,50,84). Los instrumentos clinimétricos utilizados han expuesto factores tanto positivos como negativos determinantes en las actitudes y creencias de los estudiantes hacia la Psiquiatría (54). Entre las más utilizadas se encuentran:

- a. Escala de actitudes de los clínicos hacia la enfermedad mental, versión para estudiantes de Medicina (MICA-2)

La escala de actitudes de los clínicos hacia la enfermedad mental es un cuestionario auto-aplicado que explora su percepción de la enfermedad mental (MICA); la versión para estudiantes de Medicina (MICA-2) fue desarrollada por Kassam et al (2010).

Es una escala auto-aplicable de 16 ítems, que evalúa las actitudes de los estudiantes médicos hacia las personas con enfermedad mental y hacia la atención mental que cuenta con respuestas en una escala de 6 puntos:

“Fuertemente de acuerdo” (1 punto), “De acuerdo” (2 puntos), “Parcialmente de acuerdo” (3 puntos), “Parcialmente en desacuerdo” (4 puntos), “Desacuerdo” (5 puntos) y “Fuertemente en desacuerdo” (6 puntos). Los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 y 15 se califican de manera inversa. Las puntuaciones obtenidas son de un mínimo de 16 hasta un máximo de 96; en general se considera que los resultados más altos son compatibles con actitudes negativas y estigmatizantes hacia la enfermedad mental. En la investigación que determinó las propiedades psicométricas de la escala, Kassam reportó que la media de la calificación total fue de 37.9 en el grupo de estudiantes que estudió (a Kassam et al., 2010).

La escala ha sido utilizada para conocer la percepción de los estudiantes de Medicina hacia la enfermedad mental antes y después de haber realizado una intervención dirigida contra la estigmatización de 1.5 h de duración (Gabbidon et al., 2013; a Kassam et al., 2010).

Investigaciones previas que han definido las propiedades psicométricas de la escala (A. Kassam, Papish, Modgill, & Patten, 2012; a Kassam et al., 2010), encontraron índices de confiabilidad altos (alfa de Cronbach= 0.79; test-retest = 0.80; *Split-half correlation* de 0.73 para la muestra principal, ver tabla 3). La validez convergente se evaluó usando la Escala de comprensión de un trastorno mental [Mental Disorder Understanding Scale (MDUS)] ($r = .17$), y la validez divergente fue determinada usando el Cuestionario de creencias de salud complementaria [Complementary Health Beliefs Questionnaire (CHBQ)] ($r = -0.08$)

y la Escala de deseabilidad social de Marlowe-Crowne [Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS)] ($r = -0.27$).

También demostró respuesta al cambio después de una intervención, con una media de respuesta estandarizada de 0.4. El análisis factorial detectó un factor, indicando la necesidad de una mayor investigación para evaluar su estructura interna. Los ítems de la escala MICA y los atributos de deseabilidad social no estuvieron correlacionados. Existe una versión de la escala traducida al español recomendada por los autores.

b. Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (ACP)

El cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (ACP) fue adaptado por Balon et al (1999) del cuestionario de Nielsen y cols. (1981), ha sido utilizado en diversas investigaciones internacionales para evaluar las actitudes de los estudiantes de Medicina hacia la Psiquiatría (Balon et al., 1999; Burra et al., 1982; Hofmann et al., 2013; Nielsen & Eaton, 1981; G Pailhez, Bulbena, Lopez, & Balon, 2010; Guillem Pailhez et al., 2005; Rodrigo, Wijesinghe, & Kuruppuarachchi, 2012).

El cuestionario auto-aplicable de Balon consta de 39 preguntas, se utilizan 29 ítems para conocer las actitudes y creencias de los estudiantes de Medicina hacia la Psiquiatría con respuestas categóricas ordenadas (“Completamente de acuerdo”, “Moderadamente de acuerdo”, “Moderadamente en desacuerdo” y “Completamente en desacuerdo”). Se consideran seis aspectos o subescalas:

Méritos globales de la Psiquiatría (preguntas 1 a 3), Eficacia de la Psiquiatría (preguntas 4 a 6), Definición de rol y función del psiquiatra (preguntas 7 a 13), Posibles abusos y crítica social (preguntas 14 y 15), Apoyo y carrera profesional (preguntas 16 a 23) y Factores específicos de la facultad o unidad (preguntas 24 a 29).

Aunque en su versión original no cuenta con un punto de corte, en el 2013, Burgut realizó un estudio en el cual se compararon las actitudes y creencias de estudiantes de los EEUU y de Qatar antes y después de realizar una rotación en Psiquiatría, proponiendo un rango de puntaje para la escala de 0 a 69, en el cual un puntaje mayor a 34.5 sugiere una actitud positiva general hacia la Psiquiatría. En esta investigación no se consideró la medida de puntuación propuesta por Burgut.

Su uso en investigaciones previas ha permitido comparar las diferencias entre las creencias y actitudes en distintos años de la formación académica de los estudiantes (Balon et al., 1999; Bobo et al., 2009; Curtis-Barton & Eagles, 2011; Wilkinson et al., 1983) e incluso entre estudiantes de países y culturas distintas (Araya et al., 1992; Farooq et al., 2014; O'Connor et al., 2012a; Guillem Pailhez et al., 2005; Valdivieso et al., 2014); sin embargo, no existen publicaciones que definan de manera clara las propiedades psicométricas de la escala (ver tabla 3). Existe una versión de la escala traducida al español por Pailhez (2005) autorizada por los autores.

13. Instrumentos clinimétricos para tamizaje de psicopatología

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003); describe la prevalencia de los trastornos mentales y el uso de servicios de salud mental en México. Como parte de esta investigación, se decidió aplicar instrumentos de tamizaje de los trastornos psiquiátricos más prevalentes durante la vida adulta (Medina-Mora et al., 2003) a los estudiantes. Las escalas que arrojaron resultados compatibles con algún padecimiento, fueron revisadas para contactar a los estudiantes y referirlos para que recibieran la atención correspondiente.

a. Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

La dependencia al alcohol es un problema común (12,91–93), el AUDIT es un instrumento de tamizaje creado por la OMS en el 2001 que puede ser auto-aplicable y que evalúa a aquellos sujetos con probables problemas en su consumo de alcohol (Babor, Higgins-biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Saiz, G-Portilla, Paredes, Bascaran, & Bobes, 2002; Villamil Salcedo et al., 2009).

El test está conformado por 10 ítems con respuestas a elegir para cada pregunta en una escala de puntuación de 0 a 4. Explora tres dominios: Consumo de riesgo de alcohol, Síntomas de dependencia y Consumo perjudicial de alcohol. Las puntuaciones obtenidas son de un mínimo de 0 a un máximo de 40; se recomienda interpretar las puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como

indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol.

La escala ha sido utilizada previamente en México, validando su versión en español (Gómez Maqueo, Gómez Hernández, Morales Rodríguez, & Pérez Ramos, 2009) que ha permitido identificar los trastornos por consumo de alcohol y la frecuencia de su consumo.

Las pruebas realizadas al test mostraron una sensibilidad de 0.9 y una especificidad de 0.8 para el punto de corte en 8.

Los factores principales del AUDIT (n=915) son dos; el primero es la identificación de trastornos por consumo de alcohol: 4 (.618), 5 (.667), 6 (.472), 7 (.729), 8 (.561), 9 (.555), 10 (.598), con el peso factorial de un valor de alpha de Cronbach de .737 y un porcentaje de varianza explicada de 41.62 y el segundo es la frecuencia del consumo de alcohol: 1 (.810), 2 (.862), 3 (.881), con el peso factorial de un valor de alpha de Cronbach de 0.852 y un porcentaje de varianza explicada de 11.46 (Gómez Maqueo et al., 2009) (ver tabla 3). Existe una versión del test traducida y validada al español en México (Villamil Salcedo et al., 2009).

b. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP) realizada en el 2003, los tipos de trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad alguna vez en su vida, seguidos por el trastorno de uso de sustancias y los trastornos de la afectividad (De la Fuente & Heinze, 2014).

El inventario de ansiedad de Beck es un cuestionario auto-aplicable, desarrollado por Beck et al. (1988), que evalúa la intensidad con la que se presenta la ansiedad en quien lo contesta (Robles & Páez, 2003), consta de 21 ítems que contemplan la gama de síntomas relacionados con la ansiedad en sus dos componentes (Beck & Epstein, 1988; Silvia et al., 2006), pudiendo responder a cada uno de ellos de acuerdo a 4 categorías que describen el grado de severidad. “Poco o nada” tiene un valor de 0, “Más o menos” (1 punto), “Moderado” (2 puntos) y “Severo” (3 puntos). Las puntuaciones obtenidas son de un mínimo de 0 hasta un máximo de 84.

Una puntuación de 0 a 21 indica muy baja ansiedad, de 22 a 35 indica ansiedad moderada, si excede de 36 es un motivo potencial de preocupación. La versión original cuenta con una congruencia interna alta, con alfas superiores a 0.90, una validez divergente moderada, con correlaciones menores a 0.60, y una validez convergente adecuada, con correlaciones mayores a 0.50.

Los análisis factoriales han extraído cuatro factores principales: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. La versión en español cuenta con una congruencia interna alta, de 0.84 en estudiantes y 0.83 en adultos, un coeficiente de confiabilidad test-retest alto, $r=.75$, y una validez convergente adecuada, con un índice de correlación entre BAI e IDARE moderados, positivos y significativos (ver tabla 3). Existe una versión del inventario traducido al español que ha sido validado en población mexicana (Calleja, 2005; Páez, n.d.; Silvia et al., 2006).

c. Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

El cuestionario PHQ-9 consta de 9 ítems, que constituyen una subescala del Patient Health Questionnaire, a su vez una versión auto-aplicable del PRIME-MD, (Kroenke, 2001; Kroenke & Spitzer, 2002), que evalúa la presencia del trastorno depresivo mayor usando criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico, cuarta edición [Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, (DSM-IV)] de la Asociación Psiquiátrica Americana [American Psychiatric Association (APA)] modificados. Los ítems son respondidos mediante los valores: “Nunca” (0), “Varios días” (1 punto), “Más de la mitad de los días” (2 puntos), y “Casi todos los días” (3 puntos).

Las puntuaciones obtenidas son de un mínimo de 0 a un máximo de 27. Una puntuación de 1 a 4 no se asocia a depresión, de 5 a 9 se asocia a una depresión leve, de 10 a 14 con una depresión moderada, de 15 a 19 con una depresión moderadamente severa y de 20 a 27 con una depresión severa.

Los estudios que definen las propiedades psicométricas del cuestionario han indicado que tiene un coeficiente de confiabilidad interna de 0.89; también indican que una puntuación de 10 o más tiene una sensibilidad para un trastorno depresivo mayor de 88%, una especificidad de 88% y un cociente de probabilidad positivo de 7.1 (Kroenke, 2001; Kroenke & Spitzer, 2002) (ver tabla 3). Existe una versión del cuestionario traducida y validada en español (Reuland et al., 2009; Tomas Baader, Jose Molina, Silvia Venezian, Carmen Rojas, 2012).

Capítulo VI

RESULTADOS

Los estudiantes invitados a participar en la investigación fueron 330, de los cuales, 300 participaron en la aplicación inicial de las escalas (91% de respuesta) y 291 en la aplicación de seguimiento de las escalas (88% de respuesta). En la aplicación inicial, 152 (51%) eran hombres y 148 (49%) eran mujeres. En la aplicación de seguimiento de las escalas 146 (50%) eran hombres y 144 (50%) eran mujeres y 1 estudiante no llenó el apartado correspondiente con el género. La edad promedio fue de 22 años \pm 2, con un rango de 20-30 años de edad.

Sin embargo, debido a que se les solicitó a los estudiantes responder de manera anónima cada uno de los cuestionarios y escalas, fue necesario parear los datos obtenidos según la información que permitiera identificar a cada estudiante; por lo que se requirió ajustar el tamaño de la muestra a 224 para lograr determinar con mayor certeza el tamaño del efecto de cada intervención en cada una de las escalas de seguimiento.

14. Confiabilidad de las escalas empleadas

Como parte de este estudio, se buscó la demostración de la confiabilidad interna de las escalas utilizadas. De acuerdo a los alfa de Cronbach generados, es posible apreciar que la mayoría de las escalas se comportaron de una manera comparable a lo que sus autores habían reportado previamente (ver tabla 3). Sin embargo, en el caso del Cuestionario de creencias y actitudes hacia la Psiquiatría (ACP), no se contaba con ningún tipo de reporte de sus propiedades psicométricas; por lo que en este estudio se calculó su coeficiente de confiabilidad interna y se determinó que es de 0.5662.

Dado que las escalas aplicadas en la población estudiada se comportaron de manera similar que con las poblaciones originales, hemos corroborado que las pruebas de validez originales se comportan como las presentadas por este estudio. Considerando que el alfa de Cronbach es un parámetro comparable con un alto grado de certeza, determinamos que el efecto de intervención al inicio es nulo y que a pesar de que el efecto de intervención no alcanzó significancia en la encuesta final, sí se observó una tendencia.

a. Tabla 3

Escala	α	Autor	α en este estudio
MICA-2	0.79	Kassam, 2010	0.6859
ACP	NE	Balon, 1999	0.5662
AUDIT	0.87, 0.82	OMS, 2001	0.8299
BAI	0.84, 0.83	Beck, 1988	0.9223
PHQ-9	0.89, 0.86	Kroenke, 2001	0.8909

Resumen de los autores y los coeficientes de confiabilidad interna de las escalas utilizadas Nota: NE = No especificado. α = Coeficiente de confiabilidad interna.

15. Efectividad del proceso de aleatorización respecto a la intervención

Al recabar las escalas y cuestionarios, se observó que existían datos faltantes en diferentes variables de distintos casos, por lo que se realizó la prueba de Little para corroborar que los datos omitidos seguían un patrón de faltantes completamente aleatorios (Missing completely at random [MCA]). No se encontró nada que hiciera probable que hubiera datos faltantes, aún después de haber realizado comparaciones múltiples no se encontró significancia de datos falsos.

Después de que determinar que los datos faltantes eran completamente aleatorios, se realizó un análisis list-wise, en el cual se analizaron los datos capturados, se observó que los datos faltantes eran menores al 10%. Al revisar la distribución basal por intervención, se determinó que el proceso de aleatorización fue eficaz y que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Los dos grupos formados aleatoriamente no difirieron entre sí respecto a sus características sociodemográficas, lo que permitió que se tomaran mediciones basales y finales en cada uno, separados por el tipo de intervención que recibieron (ver tabla 4).

15.1. Tabla 4

	Intervención académica	Intervención habitual	P valor
Edad	Media 22.25 \pm 0.138 ϕ	Media 22.3 \pm 0.140 x	0.696 ‡
Género	M = 65 (22%) H = 82 (28%)	M = 79 (27%) H = 64 (22%)	0.078 a
Trabajo	Sí = 20 (7%) No = 127 (44%)	Sí = 19 (6%) No = 124 (43%)	0.936 a
Origen	L = 98 (36%) F = 49 (15%)	L = 99 (35%) F = 44 (14%)	0.64 a
Condición académica	R = 121 (42%) I = 23 (8%) NE = 3 (1%)	R = 127 (43.7%) I = 15 (5%) NE = 1 (0.3%)	0.177 a
Hogar	FO = 111 (38%) A = 15 (5%) S = 10 (3%) FP = 9 (3%) CA = 2 (0.69%)	FO = 107 (37%) A = 14 (5%) S = 10 (3%) FP = 10 (3%) CA = 1 (0.3%) NE = 1 (0.3%)	0.98 a

Descripción de los datos sociodemográficos divididos por intervención con P valor correspondiente. Nota: Los porcentajes corresponden al total de la población durante la aplicación de seguimiento (n = 291). H = Hombres, M = Mujeres, L = Local, F = Foráneo, R = Regular, I = Irregular, NE = No especificado, FO = Familia de origen, A = Amigos, S = Solo, FP = Familia propia, CA = Casa de asistencia, ϕ = (n = 147), x = (n = 143), ‡ = Brown-Forsythe, a = Pearson.

16. Datos sociodemográficos

En la aplicación inicial, 259 estudiantes negaron tener un trabajo (86%) y 41 (14%) mencionaron tener uno. La mayoría de los estudiantes se encontraba cursando el semestre sin tener alguna asignatura pendiente [257 (86%)], mientras

que 39 (13%) refirieron tener asignaturas pendientes y 4 no contestaron en la aplicación inicial. Al cuestionar a los estudiantes sobre su lugar de origen en la aplicación inicial, 205 (68%) estudiantes contestaron ser originarios de Monterrey y su área metropolitana, mientras 95 (32%) reportaron ser estudiantes foráneos.

Se recolectó información relacionada con las personas con las que vivían los estudiantes. En la aplicación inicial 227 estudiantes (76%) reportaron vivir con su familia de origen, 29 (10%) contestaron vivir con amigos, 21 (7%) refirieron vivir solos, 19 (6%) vivían con su familia propia, 3 (1%) mencionaron vivir en casa de asistencia y 1 estudiante no contestó.

17. Resultados por escala

Escala de actitudes del clínico hacia la enfermedad mental, versión para estudiantes de Medicina (MICA-2)

En la aplicación inicial se obtuvo una media de 40.77 entre los estudiantes que recibieron la intervención académica y de 41.99 entre los que recibieron la intervención habitual ($n = 104$), con puntajes que se encontraban entre el máximo de 66 y el mínimo de 21. En la aplicación de seguimiento, la intervención académica presentó una media de 36.15 y la intervención habitual mostró una media de 38.09 ($n = 112$).

Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (ACP)

Se obtuvieron las medias de cada uno de los seis aspectos de la escala en la aplicación inicial. En los estudiantes que recibieron la intervención académica, el aspecto de los méritos globales de la Psiquiatría obtuvo una media de 6.59 (n = 112), en el aspecto de eficacia de la Psiquiatría, se encontró una media de 4.08 (n = 112), en el aspecto de definición de rol y función del psiquiatra, se obtuvo una media de 20.12 (n = 112), en el aspecto de posibles abusos y crítica social, se encontró una media de 5.68 (n = 112), en el aspecto de apoyo y carrera profesional se obtuvo una media de 24.94 (n = 112) y en el aspecto de factores específicos de la facultad o unidad se encontró una media de 10.76 (n = 112).

En los estudiantes que recibieron la intervención habitual, el aspecto de los méritos globales de la Psiquiatría obtuvo una media de 6.29 (n = 104), en el aspecto de eficacia de la Psiquiatría, se encontró una media de 4.12 (n = 104), en el aspecto de definición de rol y función del psiquiatra, se obtuvo una media de 20.74 (n = 104), en el aspecto de posibles abusos y crítica social, se encontró una media de 5.50 (n = 104), en el aspecto de apoyo y carrera profesional se obtuvo una media de 24.98 (n = 104) y en el aspecto de factores específicos de la facultad o unidad se encontró una media de 10.95 (n = 104).

Después de la aplicación de cada una de las intervenciones se obtuvieron las medias de cada uno de los seis aspectos de la escala.

La intervención académica obtuvo una media de 6.38 (n = 112) en el aspecto de los méritos globales de la Psiquiatría, en el aspecto de eficacia de la Psiquiatría, se encontró una media de 6.39 (n = 112), en el aspecto de definición de rol y función del psiquiatra, se obtuvo una media de 20.23 (n = 112), en el aspecto de posibles abusos y crítica social, se encontró una media de 5.88 (n = 112), en el aspecto de apoyo y carrera profesional se obtuvo una media de 24.48 (n = 112) y en el aspecto de factores específicos de la facultad o unidad se encontró una media de 10.06 (n = 112).

La intervención habitual obtuvo una media de 6.29 (n = 104) en el aspecto de los méritos globales de la Psiquiatría, en el aspecto de eficacia de la Psiquiatría, se encontró una media de 6.49 (n = 104), en el aspecto de definición de rol y función del psiquiatra, se obtuvo una media de 20.46 (n = 104), en el aspecto de posibles abusos y crítica social, se encontró una media de 5.69 (n = 104), en el aspecto de apoyo y carrera profesional se obtuvo una media de 25.20 (n = 104) y en el aspecto de factores específicos de la facultad o unidad se encontró una media de 10.68 (n = 104).

Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

En la aplicación basal se obtuvo una media de 13.69 (n = 112) para los estudiantes que recibieron la intervención académica y de 14.19 (n = 104) para los que recibieron la intervención habitual. Después de las aplicaciones de cada

intervención, la intervención académica obtuvo una media de 13.7 ($n = 112$) y la intervención habitual obtuvo una media de 14.26 ($n = 104$).

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

En la aplicación basal de los estudiantes que recibieron la intervención académica se obtuvo una media de 32.92 ($n = 112$), entre los que recibieron la intervención habitual fue de 32.10 ($n = 104$). Después de que se impartieron ambas intervenciones, la intervención académica obtuvo una media de 31.38 ($n = 112$) y la intervención habitual obtuvo una media de 33.63 ($n = 104$).

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

En la aplicación inicial de los estudiantes que recibieron la intervención académica se obtuvo una media de 5.44 ($n = 112$) y de 5.50 ($n = 104$) para la intervención habitual. En la aplicación de seguimiento, la intervención académica obtuvo una media de 4.80 ($n = 112$) y la intervención habitual obtuvo una media de 5.7 ($n = 104$).

17.1. Tabla 5

Instrumento clínimétrico	Aplicación inicial	Intervención académica	Intervención habitual
MICA-2	41.33	36.15	38.09
	MGP 6.51	MGP 6.38	MGP 6.29
	EP 4.10	EP 6.39	EP 6.49
	RF 20.40	RF 20.23	RF 20.46
ACP	PAC 5.60	PAC 5.88	PAC 5.69
	AP 24.81	AP 24.48	AP 25.20
	FEU 10.89	FEU 10.06	FEU 10.68
AUDIT	14.23	13.7	14.26
BAI	32.60	31.38	33.63
PHQ-9	5.44	4.8	5.7

Descripción de la media de los puntajes obtenidos en los instrumentos clínicos tanto en la intervención académica como en la intervención habitual. Nota: MGP = Méritos globales de la Psiquiatría, EP = Eficacia de la Psiquiatría, RF = Rol y función del psiquiatra, PAC = Posibles abusos y crítica social, AP = Apoyo y carrera profesional, FEU = Factores específicos de la unidad.

En la aplicación inicial así como en la de seguimiento se les pidió a los estudiantes que respondieran a dos preguntas que exploran 1) el interés por aprender más sobre las enfermedades mentales y 2) el interés en realizar la especialidad de Psiquiatría. Dichas preguntas son de carácter exploratorio y se diseñaron con respuestas en una escala de tipo Likert, con las siguientes opciones: De acuerdo, Moderadamente de acuerdo, Neutral, Moderadamente en Desacuerdo y En desacuerdo.

En la aplicación de seguimiento, se dividieron los encuestados según el tipo de intervención que recibieron. En la tabla 6 se reportan las frecuencias de sus respuestas.

17.2. Tabla 6

	Intervención académica	Intervención habitual	P valor
Especialidad en Psiquiatría	A = 24 (8%) mA = 18 (6%) N = 62 (21%) mD = 15 (5%) D = 27 (9%) NE = 1 (0.34%)	A = 34 (12%) mA = 20 (7%) N = 45 (16%) mD = 15 (5%) D = 29 (10%) NE = 0	0.3342 ^a
Interés en aprender más	A = 92 (32%) mA = 38 (13%) N = 15 (5%) mD = 2 (0.69%) D = 0	A = 106 (37%) mA = 25 (9%) N = 12 (4%) mD = 0 (0%) D = 0	0.1140 ^a

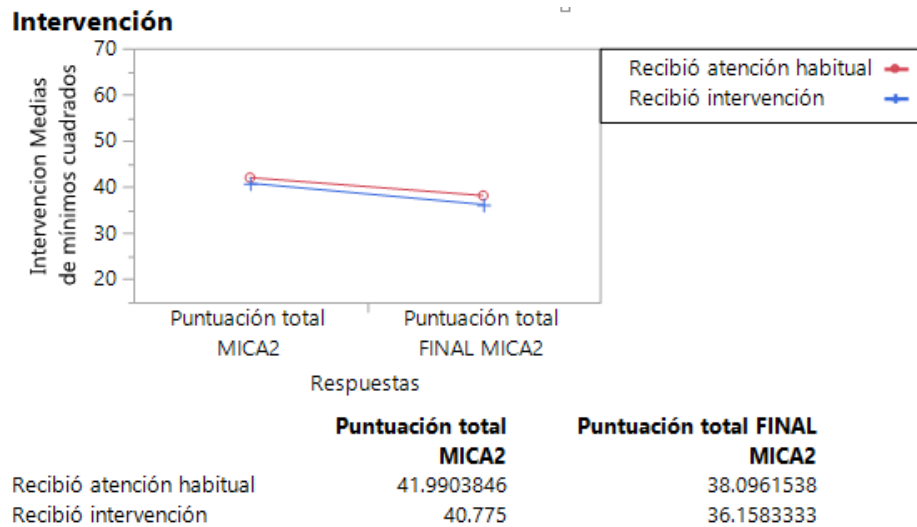
Descripción de los porcentajes de respuesta a considerar elegir Psiquiatría como especialidad y al interés en aprender más sobre la Psiquiatría divididos por intervención con P valor correspondiente. Nota: Los porcentajes corresponden al total de la población durante la aplicación de seguimiento (n = 291). A = De acuerdo, mA = Moderadamente de acuerdo, N = Neutral, mD = Moderadamente en desacuerdo, D = Desacuerdo, NE = No especificado, ^a = Pearson.

18. Comparación entre grupos sobre las actitudes y creencias hacia la Psiquiatría y la enfermedad mental

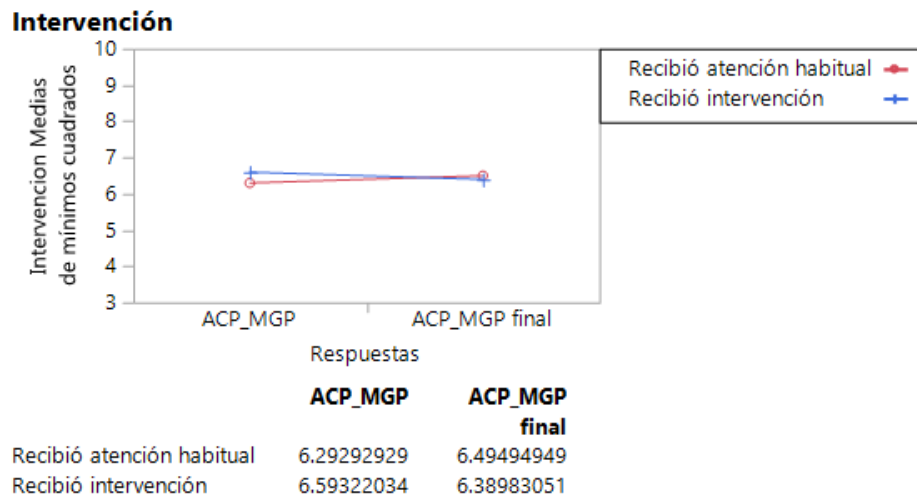
A partir de los resultados obtenidos, se determinaron las diferencias entre las medias de los grupos y se observó que las medidas de dispersión entre los grupos no tienen significancia. Se decidió aplicar un modelo para datos continuos (MANOVA) para comparar los resultados entre ambas intervenciones de la Escala de actitudes del clínico hacia la enfermedad mental, versión para estudiantes de Medicina (MICA-2) y los seis aspectos del Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (ACP), obteniéndose como resultado un efecto pequeño de la

influencia de la intervención académica en el resultado de las escalas (ver figura 3 a figura 9).

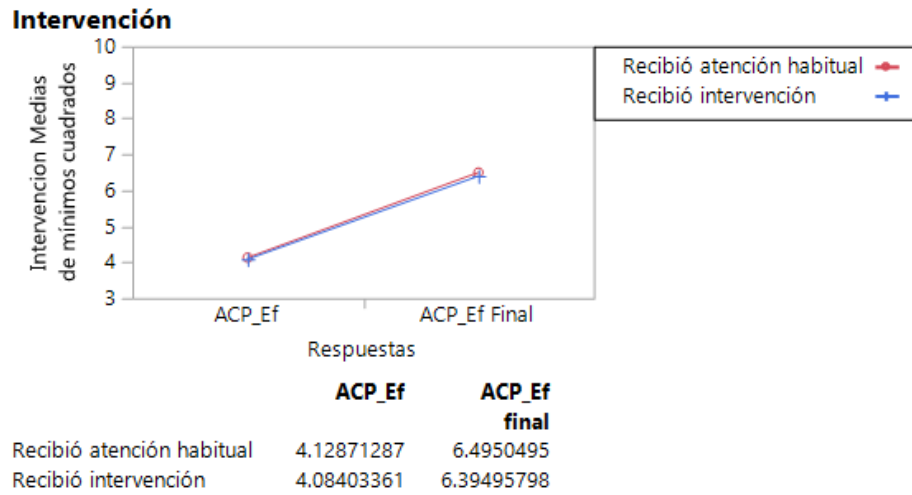
a. Figura 3. Reporte de MANOVA para MICA-2



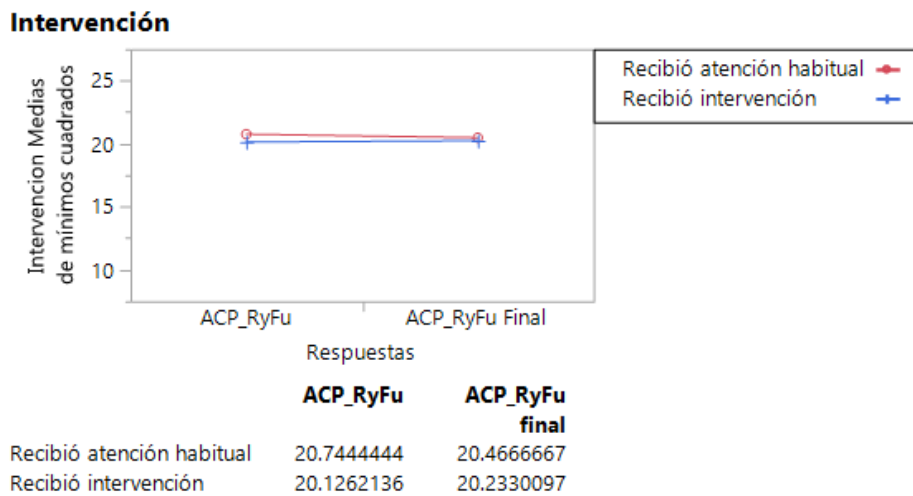
b. Figura 4. Reporte de MANOVA para Méritos globales de la Psiquiatría



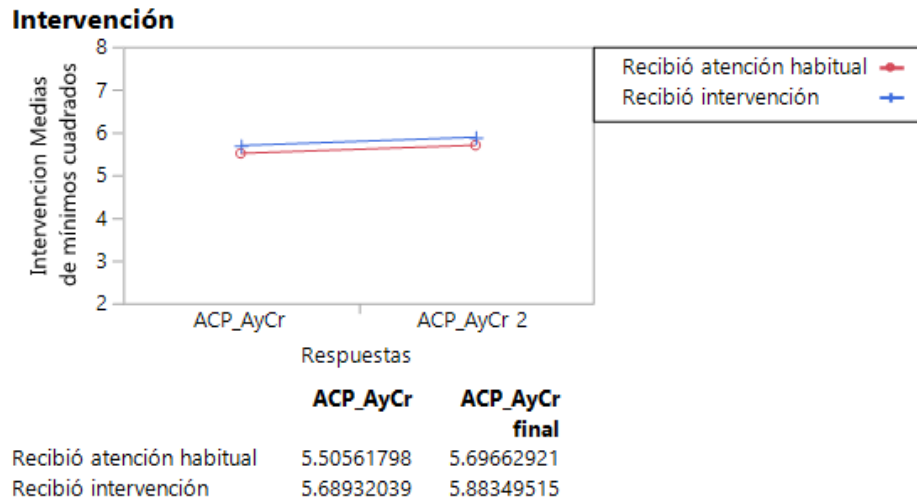
c. Figura 5. Reporte de MANOVA para Eficacia de la Psiquiatría



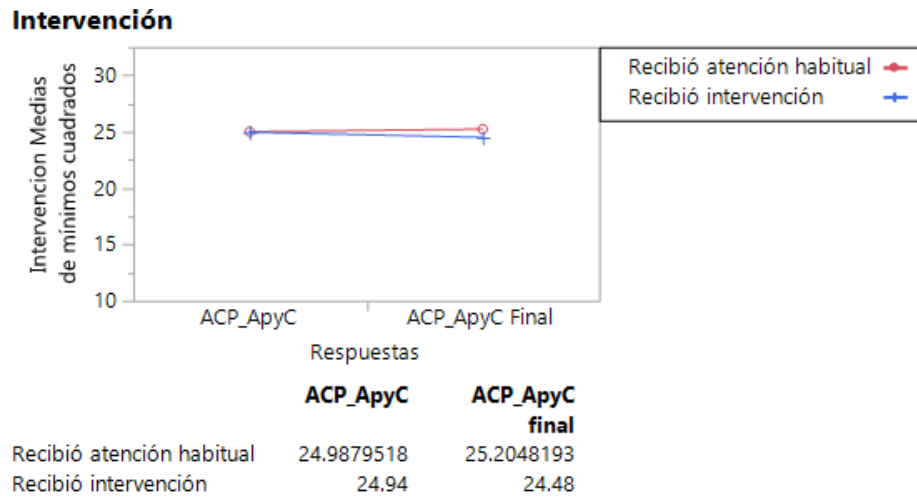
d. Figura 6. Reporte de MANOVA para Definición de rol y función del Psiquiatra



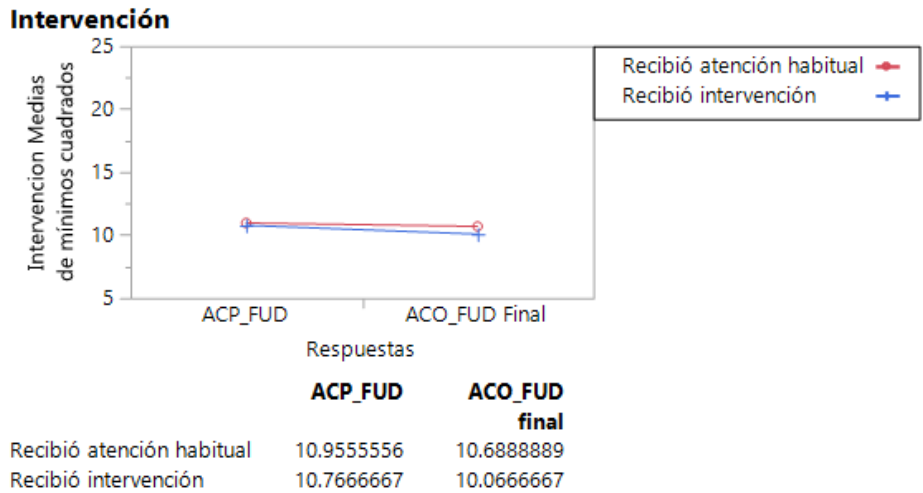
e. Figura 7. Reporte de MANOVA para Posibles abusos y crítica social



f. Figura 8. Reporte de MANOVA para Apoyo y carrera profesional



g. Figura 9. Reporte de MANOVA para Factores específicos de unidad docente



El tamaño del efecto demostrado a través de las escalas fue pequeño, sin embargo, como parte del estudio de investigación, se les realizaron preguntas cualitativas a los estudiantes al final del curso respecto a su interés en aprender más sobre las enfermedades mentales y a su interés en realizar la especialidad de Psiquiatría. Una vez que se obtuvieron las respuestas, se planteó utilizar un modelo ordinal para su análisis, por lo que se crearon tablas de contingencia con tres variables y se utilizó la prueba de Cochran-Mantel-Haenszel con la intención de medir si existen dependencias entre ellas (ver figura 10 y figura 11).

h. Figura 10. Tablas de contingencia para especialidad en Psiquiatría

Conteos de frecuencia: "Consideraría realizar una especialidad en Psiquiatría"

Intervención habitual (IH) = Atención habitual

Conteo		Aplicación de seguimiento					Total
		De acuerdo	Mod. de acuerdo	Neutral	Mod. en desacuerdo	Desacuerdo	
Aplicación inicial	De acuerdo	15	2	3	0	1	21
	Mod. de acuerdo	4	5	9	2	3	23
	Neutral	4	5	15	1	2	27
	Mod. en desacuerdo	0	1	2	5	1	9
	Desacuerdo	1	1	5	4	13	24
	Total	24	14	34	12	20	104

Intervención académica (IA) = Recibió intervención académica

Conteo		Aplicación de seguimiento					Total
		De acuerdo	Mod. de acuerdo	Neutral	Mod. en desacuerdo	Desacuerdo	
Aplicación inicial	De acuerdo	10	4	2	2	1	19
	Mod. de acuerdo	2	7	9	1	2	21
	Neutral	3	3	20	4	4	34
	Mod. en desacuerdo	0	1	11	2	1	15
	Desacuerdo	0	2	10	2	9	23
	Total	15	17	52	11	17	112

i. Figura 11. Resultados de Pruebas de Cochran-Mantel-Haenszel

Pruebas de Cochran-Mantel-Haenszel

Estratificado por Intervención

Prueba de Cochran-Mantel-Haenszel	Ji cuadrado	Grados de libertad	Prob > Ji cuadrado
Correlación de puntuaciones	62.6346	1	<.0001*
Puntuación de fila por categorías de columna	65.9858	4	<.0001*
Puntuación de columna por categorías de fila	65.4226	4	<.0001*
Asociación general de categorías	117.7479	16	<.0001*

- j. Figura 12. Tablas de contingencia para aprender más sobre enfermedades mentales

Conteos de frecuencia: "Me interesaría aprender más sobre las enfermedades mentales"

Intervención habitual (IH) = Atención habitual

Conteo		Aplicación de seguimiento				
		De acuerdo	Mod. de acuerdo	Neutral	Mod. en desacuerdo	Total
Aplicación inicial	De acuerdo	58	6	2	0	66
	Mod. de acuerdo	12	9	5	0	26
	Neutral	4	3	1	0	8
	Mod. en desacuerdo	1	0	0	0	1
	Desacuerdo	2	0	1	0	3
	Total	77	18	9	0	104

Intervención académica (IA) = Recibió intervención académica

Conteo		Aplicación de seguimiento				
		De acuerdo	Mod. de acuerdo	Neutral	Mod. en desacuerdo	Total
Aplicación inicial	De acuerdo	55	12	4	0	71
	Mod. de acuerdo	15	11	0	0	26
	Neutral	0	8	6	0	14
	Mod. en desacuerdo	1	0	0	0	1
	Desacuerdo	0	0	0	0	0
	Total	71	31	10	0	112

- k. Figura 13. Resultados de pruebas de Cochran-Mantel-Haenszel

Pruebas de Cochran-Mantel-Haenszel

Estratificado por Intervención

Prueba de Cochran-Mantel-Haenszel	Ji cuadrado	Grados de libertad	Prob > Ji cuadrado
Correlación de puntuaciones	29.6134	1	<.0001*
Puntuación de fila por categorías de columna	43.7287	4	<.0001*
Puntuación de columna por categorías de fila	.	.	.
Asociación general de categorías	.	.	.

Como mínimo un estadístico no se ha calculado, puesto que la matriz de covarianza es singular.

Las tablas de contingencia permiten visualizar la frecuencia de las respuestas dadas por los estudiantes antes de recibir cualquier tipo de intervención y la

frecuencia de sus respuestas una vez que terminó el curso. Los datos demuestran que existe una dependencia entre lo que los estudiantes contestaron la primera vez contra lo que contestaron después de llevar el curso. Se observa también que, como grupo, la mayoría de los estudiantes no cambiaron su respuesta entre la primera y segunda aplicación.

En la figura 10 se aprecia que en total, 21 estudiantes que recibieron la atención habitual habían externado estar de acuerdo con realizar la especialidad en Psiquiatría en la aplicación inicial, sin embargo, en la aplicación de seguimiento, sólo 15 de ellos volvieron a externar estar de acuerdo con realizar la especialidad. Entre los estudiantes que recibieron la intervención académica, había 19 que externaron estar de acuerdo con realizar la especialidad y solamente 10 volvieron a externarlo.

Además, se observa que 24 de los estudiantes que recibieron la atención habitual externaron estar en desacuerdo con realizar la especialidad en Psiquiatría en la aplicación inicial y en la aplicación de seguimiento, 13 estudiantes volvieron a externar estar en desacuerdo. Entre los estudiantes que recibieron la intervención académica, 23 externaron estar en desacuerdo con realizar la especialidad, 9 de ellos volvieron a externar estar en desacuerdo.

Casi el 50% de los estudiantes que recibieron la intervención académica y que externaron deseos de hacer Psiquiatría dejaron de estar de acuerdo en comparación con el 25% de los estudiantes que recibieron la intervención

habitual. Parece ser que el cambio en la percepción de los estudiantes del grupo que recibió la intervención académica orienta hacia el esclarecimiento de la Psiquiatría como especialidad, lo que se podría interpretar como un efecto de la intervención.

Es posible observar una diferencia en los extremos de las respuestas, ya que los estudiantes que recibieron la atención habitual eran los que más se quedaron con la misma respuesta, contrario a los que recibieron la intervención académica.

En la figura 12 se aprecia que en total, 66 estudiantes que recibieron la atención habitual externaron estar de acuerdo en aprender más sobre las enfermedades mentales al inicio del curso. En la aplicación de seguimiento 58 de ellos volvieron a externar estar de acuerdo con aprender más (88%). Entre los estudiantes que recibieron la intervención académica, había 71 que externaron estar de acuerdo con aprender más en la aplicación inicial; en la aplicación de seguimiento sólo 55 volvieron a externar estar de acuerdo (77.5%).

La mayoría de los estudiantes en ambos grupos que externaron sentirse neutrales respecto a aprender más sobre las enfermedades mentales volvieron a orientar su respuesta en la aplicación de seguimiento hacia estar de acuerdo en aprender más.

Ninguno de los estudiantes que recibió la intervención académica externó estar en desacuerdo o siquiera moderadamente en desacuerdo con aprender más

sobre la Psiquiatría en ninguna de las dos aplicaciones. Del grupo de estudiantes que recibió la atención habitual, llama la atención que de los 3 estudiantes que externaron estar en desacuerdo con aprender más sobre las enfermedades mentales, 2 de ellos cambiaron su respuesta en la aplicación de seguimiento a estar de acuerdo en aprender más y el otro de ellos cambió a neutral.

Es importante recalcar que en ambos grupos se observa que existe un aumento del interés por aprender más sobre las enfermedades mentales después de haber llevado el curso de Psiquiatría, lo que pudiera indicarnos que el interés por aprender más podría estar asociado a alguna variable que no se consideró en el estudio (profesores, contenido del programa, material revisado, etc.).

Capítulo VII

DISCUSIÓN

Una revisión sobre algunas intervenciones educativas para prevenir el estigma determinó que los estudiantes cargaban con actitudes y creencias estigmáticas incluso antes de tomar un curso de Psiquiatría y que la educación médica puede ser una herramienta para reducirlas al facilitar el contacto de los estudiantes con pacientes con trastornos mentales (Papish et al., 2013).

Los resultados obtenidos por este estudio permiten dilucidar que aún con un pequeño esfuerzo dirigido hacia la forma en que los estudiantes de Medicina realizan su rotación, es posible promover el esclarecimiento de la Psiquiatría como especialidad al acompañarlos y resolver sus dudas e inquietudes al respecto de la misma; más importante aún, permite identificar la aparición de conductas estigmatizantes para lograr su posterior aclaración a través de la educación y por ende el fomento del aprendizaje integral de la Psiquiatría.

Diversos estudios reportan que el gusto por la asignatura de Psiquiatría no se traduce en un aumento en la cantidad de alumnos que la eligen como opción para hacer una especialización (Balon et al., 1999; Curtis-Barton & Eagles, 2011; Sabogal, Rossini, Pedraza, & Allende, 2012; Serby et al., 2002). Una revisión sistemática reciente arrojó datos compatibles de que en general, las actitudes de

los estudiantes hacia la Psiquiatría eran positivas en su mayoría pero que no es tan popular como especialidad a realizar (Lyons, 2013).

En nuestro estudio, el interés por realizar una especialidad en Psiquiatría, reflejada en la aplicación de seguimiento disminuyó; lo que podría señalar que el acercamiento al área de trabajo, a los pacientes psiquiátricos y al personal que trabaja en la salud mental facilitó una mayor disponibilidad de información para que los estudiantes sean capaces de elegir una especialidad estando bien informados, evitando así que se basen en creencias erróneas (Sabogal et al., 2012).

Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por un estudio desarrollado en Colombia, en la cual pocos estudiantes de Medicina externaban deseos de realizar una especialidad en Psiquiatría antes de llevar el curso y aún menos estudiantes externaban deseos de realizar la especialidad después de llevar el curso (Sabogal et al., 2012); sin embargo cabe señalar que dicha investigación se llevó a cabo con grupos independientes y no en el mismo grupo de estudiantes antes y después de una intervención educativa, como en nuestro estudio.

En la población estudiada en esta investigación casi el 40% refirió que su interés por hacer la especialidad en Psiquiatría disminuyó después de haber llevado el curso, lo que resulta benéfico, pues puede ser posible que hubiera estudiantes que tenían creencias o ideas distintas a lo que en realidad se hace en el día a día de la atención psiquiátrica y de la promoción de la salud mental; que

luego de llevar el curso se hayan sentido atraídos hacia alguna otra especialidad que sientan que realmente les vaya a gustar.

Algunos autores refieren que el tiempo asignado para obtener un conocimiento adecuado de la Psiquiatría es muy corto, por lo que proponen que se obtendrán mejores resultados si se le da mayor importancia a la calidad de la experiencia que al tiempo invertido a la misma (Hofmann et al., 2013; Korszun et al., 2012; Serby et al., 2002). Por lo tanto, la intención principal de la intervención académica se dirigió hacia el enriquecimiento de la experiencia de los estudiantes durante la realización de sus guardias.

A pesar de que se logró demostrar un efecto positivo de realizar una intervención académica, el tamaño del efecto de dicha intervención resultó ser pequeño, sin embargo, debemos tomar en consideración que se trató de una intervención sencilla, económica y breve de 2 horas de duración aproximada dentro de un curso teórico-práctico de 80 horas, que representa cerca del 2.5% del total de dicho curso. Por lo tanto, es razonable esperar que una intervención con mayores recursos y de una mayor duración alcance un mayor tamaño de efecto.

Los autores de la escala MICA-2 publicaron en el 2013 un estudio en el cual participó personal de enfermería. Más del 85% eran mujeres, con un promedio de edad 2 años mayor a nuestra investigación, y con una media de sus resultados de 34.55, la cual es ligeramente menor a lo reportado en nuestra investigación

(Gabbidon et al., 2013). En el 2010 publicaron un estudio en el cual los participantes tenían la misma edad que nuestra investigación, sin embargo tenían una proporción mayor de mujeres en su estudio. La media de los resultados obtenidos era de 37.9 después de la intervención, que es muy cercana a nuestros resultados (a Kassam et al., 2010).

Entre sus conclusiones están que cuando se realiza una intervención para prevenir el estigma hacia la enfermedad mental en estudiantes se debe seguir evaluando acerca de si los conocimientos adquiridos se mantienen por medio de evaluaciones más sofisticadas y que tal vez sea necesario realizar intervenciones más intensas (A. Kassam, Glozier, Leese, Loughran, & Thornicroft, 2011b; a Kassam et al., 2010).

Lyons y colaboradores publicaron un estudio en el 2015, en el cual se aplicaron los mismos instrumentos clinimétricos (ACP y MICA-2) que nuestra investigación a los estudiantes de Medicina y que buscaba identificar si había cambios en sus actitudes y creencias hacia la Psiquiatría y hacia los trastornos mentales después de realizar una rotación en Psiquiatría (Lyons & Janca, 2015). La muestra en nuestra investigación fue casi el doble que la reportada por Lyons, la distribución por género fue muy similar y la media de edad fue de 23 años un año mayor que nuestra investigación.

Ese estudio reportó que el porcentaje de estudiantes que consideraban hacer una especialidad en Psiquiatría aumentó de un 4.6% al cuestionarlos por primera

vez hasta un 10.5% después de su rotación. La actitud hacia la Psiquiatría fue positiva; sin embargo, en cuanto al estigma hacia los trastornos mentales, las medias reportadas fueron mayores a las obtenidas en nuestra investigación. La media basal del MICA-2 fue de 48.2 y la media al final fue de 43.5, su disminución demostró una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo son puntajes compatibles con una mayor estigmatización que nuestros estudiantes (Lyons & Janca, 2015).

Además, la realización de este estudio permitió corroborar los coeficientes de confiabilidad interna de los diversos instrumentos clinimétricos aplicados, y en el caso del Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (ACP) se logró identificar su coeficiente de confiabilidad interna para su posterior análisis y comparación.

El estudio de las propiedades psicométricas de la escala de actitudes del clínico hacia la enfermedad mental, versión para estudiantes de Medicina (MICA-2) demuestra que el coeficiente de confiabilidad interna obtenido por nuestra investigación (0.6859) fue menor a lo documentado previamente (0.79) (Gabbidon et al., 2013; a Kassam et al., 2010).

Se determinó que el coeficiente de confiabilidad interna del Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (ACP) era de 0.5662, por lo cual no se considera óptimo, además de que a pesar de hacer un análisis por factores del mismo, éste cuestionario no se comportaba de manera adecuada.

La media de los resultados obtenidos por los estudiantes en el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) se encuentra por debajo de los 15 puntos, lo que la hace compatible según el test, con un consumo de alcohol en riesgo; diversos autores mencionan que es recomendable indicar una intervención preventiva para evitar la progresión hacia un consumo perjudicial (Saiz et al., 2002).

El estudio de las propiedades psicométricas del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) demuestra que el coeficiente de confiabilidad interna obtenido por nuestra investigación (0.8299) fue muy similar a lo documentado previamente (0.87, 0.82) (Babor et al., 2001; Gómez Maqueo et al., 2009; Villamil Salcedo et al., 2009).

La media de los resultados obtenidos por los estudiantes en el inventario de ansiedad de Beck se encuentra por debajo de los 35 puntos, lo que la hace compatible con una ansiedad moderada; aunque los autores de esta escala recomiendan una valoración a mayor profundidad cuando el puntaje sea mayor a 36, se contactó de manera individualizada a todos aquellos estudiantes con puntajes mayores a 30 puntos para hablar al respecto de su sintomatología.

El estudio de las propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) demuestra una correlación entre los datos obtenidos por este estudio y lo publicado previamente (Páez, n.d.; Robles & Páez, 2003; Silvia et al., 2006). Es notable que el coeficiente de confiabilidad interna obtenido por nuestra

investigación (0.9223) fue mayor que los documentados para la validación de la versión al español de esta escala (0.84 y 0.83 en adolescentes y adultos, respectivamente).

La media de los resultados obtenidos por los estudiantes en el cuestionario de salud del paciente se encuentra por debajo del punto de corte que es de 10 puntos; los autores refieren que una puntuación entre 5 y 9 es compatible con una depresión leve y recomiendan solamente la observación y seguimiento de los pacientes. Siguiendo dichas recomendaciones, se contactó de manera individualizada a todos aquellos estudiantes con puntajes mayores o iguales a 10 puntos para hablar al respecto de su sintomatología.

El estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) demuestra una correlación entre los datos obtenidos por este estudio y lo publicado previamente (Kroenke, 2001; Kroenke & Spitzer, 2002; Reuland et al., 2009; Tomas Baader, Jose Molina, Silvia Venezian, Carmen Rojas, 2012). El coeficiente de confiabilidad interna obtenido por nuestra investigación (0.8909) fue similar que los documentados para la validación de la versión al español de esta escala (0.89 y 0.86).

No fue posible detectar una correlación estadísticamente significativa entre los puntajes en los instrumentos clinimétricos (BAI, AUDIT y PHQ-9) y el interés en aprender más sobre las enfermedades mentales o en considerar hacer una especialidad en Psiquiatría.

Debido a que buscamos mantener el anonimato de los participantes para obtener las respuestas más sinceras y certeras, tuvimos la limitación de lograr el pareo absoluto de las respuestas al inicio y al final de todas las encuestas. Es posible que el efecto no haya alcanzado una significancia por el problema que representó el pareo de las encuestas, ya que a pesar de que su llenado demostraba un patrón que resultó ser de faltantes completamente aleatorios (Missing completely at random [MCA]); la información requerida se perdió.

Entre las limitaciones de nuestro estudio detectamos que no se indagó acerca de si los estudiantes se habían expuesto previamente a personas con algún trastorno mental o a su representación por los medios de comunicación; pues se ha referido que el haber tenido una experiencia previa con enfermedades médicas o mentales, la forma en que los medios retratan a los médicos psiquiatras, el género femenino y en general las actitudes positivas hacia la Psiquiatría, se asocian a escogerla como especialidad a realizar (Curtis-Barton & Eagles, 2011; Farooq et al., 2014; Stuart et al., 2014).

Otras limitaciones de esta investigación son que se trató de un estudio con una población proveniente de un contexto sociocultural similar, que se desarrolló en solo una generación de estudiantes durante el período de tiempo que duró su rotación y en solo una escuela de Medicina (A. Kassam et al., 2011a; Sabogal et al., 2012; Valdivieso et al., 2014). La realización posterior de más estudios que implementen estrategias para reducir la estigmatización basadas en un contexto

educativo y que midan la eficacia de dichas estrategias a largo plazo permitirá detectar aquellas que sean las más adecuadas y que pudieran ser extendidas a otras escuelas de Medicina en el país.

Algunos estudios describen que sin importar el tipo de estrategias propedéuticas implementadas y a pesar de la efectividad de algunas de ellas para disminuir la estigmatización, existe poca evidencia que respalde la persistencia a largo plazo de los cambios obtenidos (Valdivieso et al., 2014; Yamaguchi et al., 2011). Por lo tanto se requiere de más estudios dirigidos hacia la búsqueda de mejores estrategias que reduzcan la estigmatización y cuyo efecto sea más duradero.

Consideramos que las estrategias más adecuadas son aquellas que permitan la convivencia con personas con algún trastorno mental en un contexto educativo y que tengan como prioridad la aclaración de creencias y la detección de actitudes estigmatizantes al recibir dicha instrucción de médicos psiquiatras que se encuentren sensibilizados en el tema. Es posible cambiar la forma en que los estudiantes de Medicina piensan de la Psiquiatría mediante un curso introductorio con tales características.

Capítulo VIII

CONCLUSIONES

Observamos una tendencia de que una breve intervención en la formación de los estudiantes de Medicina modifica la percepción de la Psiquiatría y sus actitudes hacia los pacientes psiquiátricos.

Los coeficientes de confiabilidad interna de los instrumentos clinimétricos aplicados en esta investigación son afines a los reportados previamente en la literatura.

El Cuestionario de actitudes y creencias hacia la Psiquiatría (ACP) es un instrumento clinimétrico que carece de una confiabilidad interna óptima en nuestro estudio.

Capítulo IX

ANEXOS

Capítulo X

BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, K., Bennett, D. M., Halder, N., & Byrne, P. (2015). Medfest: the Effect of a National Medical Film Festival on Attendees' Attitudes to Psychiatry and Psychiatrists and Medical Students' Attitudes to a Career in Psychiatry. *Academic Psychiatry*, 39(3), 335–338. <http://doi.org/10.1007/s40596-014-0184-x>
- Araya, R. I., Jadresic, E., & Wilkinson, G. (1992). Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Medical Education*, 26(2), 153–156.
- Association, W. P. (2005). Atlas of Psychiatric education and training across the world - 2005. *Social Psychiatry*, 3, 78–78. <http://doi.org/10.1007/BF00578283>
- Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. *Organización Mundial de La Salud*. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Balon, R. (2008). Does a clerkship in psychiatry affect medical students' attitudes toward psychiatry? *Academic Psychiatry*, 32(2), 73–75. <http://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.73>
- Balon, R., Franchini, G. R., Freeman, P. S., & Hassenfeld, Irwin N Keshavan, M. S. Y. E. (1999). Medical Students' Attitudes and Views of Psychiatry 15 Years

Later. *Acad Psychiatry*, 23, 30–36.

Baxter, H., Singh, S. P., Standen, P., & Duggan, C. (2001). The attitudes of “tomorrow’s doctors” towards mental illness and psychiatry: Changes during the final undergraduate year. *Medical Education*, 35(4), 381–383.
<http://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00902.x>

Beck, A., & Epstein, N. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and ...*, 56(6), 893–897.
Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/56/6/893/>

Bhugra, D. (2013). The International Study on Career Choice in Psychiatry: A preliminary report. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 181. <http://doi.org/10.1002/wps.20044>

Bobo, nbsp, W, Md, Nevin, R, ... T. (2009). The Effect of Psychiatric Third-Year Rotation Setting on Academic Performance, Student Attitudes, and Specialty Choice. *Academic Psychiatry*, 33(2), 105.
<http://doi.org/10.1176/appi.ap.33.2.105>

Brenner, A. M. (2011). What medical students say about psychiatry: results of a reflection exercise. *Academic Psychiatry : The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 35(3), 196–8.
<http://doi.org/10.1176/appi.ap.35.3.196>

Burgut, F. T. (2013). Influence of Clerkship on Attitudes of Medical Students

Toward Psychiatry Across Cultures : United States and Qatar. *Academic Psychiatry*, 37(3), 187–190.

Burra, P., Kalin, R., Leichner, P., Waldron, J. J., Handforth, J. R., Jarrett, F. J., & Amara, I. B. (1982). The ATP 30-a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Medical Education*, 16, 31–38.

<http://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1982.tb01216.x>

Calleja, N. (2005). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614–25. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

Curtis-Barton, M. T., & Eagles, J. M. (2011). Factors that discourage medical students from pursuing a career in psychiatry. *The Psychiatrist*, 425–429. <http://doi.org/10.1192/pb.bp.110.032532>

Cutler, J. L., Harding, K. J., Mozian, S. A., Wright, L. L., Pica, A. G., Masters, S. R., & Graham, M. J. (2009). Discrediting the notion “working with ‘crazies’ will make you ‘crazy’”: addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 487–502. <http://doi.org/10.1007/s10459-008-9132-4>

Davidson, S. L. (2010). *Graduate School of Education and Psychology*
EXPLORING THE USE OF THE RORSCHACH PERCEPTUAL-THINKING
INDEX IN A HETEROGENEOUS PATIENT SAMPLE A clinical dissertation
submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctor of

Psychology. Peperdine University.

De la Fuente, J. R., & Heinze, G. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud Mental*, 37(6), 523–530.

Depla, M. F. I. A., Graaf, R. De, Weeghel, J. Van, & Heeren, T. J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness, (September 2004), 146–153.

El-Sayeh, H. G. (2006). How to win the hearts and minds of students in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(3), 182–192.
<http://doi.org/10.1192/apt.12.3.182>

Farooq, K., Lydall, G. J., Malik, A., Ndeti, D. M., & Bhugra, D. (2014). Why medical students choose psychiatry - a 20 country cross-sectional survey. *BMC Medical Education*, 14(1), 12. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-14-12>

Fazel, S., & Ebmeier, K. P. (2009). Specialty choice in UK junior doctors: is psychiatry the least popular specialty for UK and international medical graduates? *BMC Medical Education*, 9, 77. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-9-77>

Feifel, D., Moutier, C. Y., & Swerdlow, N. R. (1999). Among Students Entering Medical School, (September).

Feldmann, T. B. (2014). Understanding the Dynamics of Change and the Impact on Psychiatric Education. *Academic Psychiatry*, 38(6), 672–679.
<http://doi.org/10.1007/s40596-014-0211-y>

- Fresán, A., Berlanga, C., Robles-garcía, R., Álvarez-icaza, D., & Vargas-huicochea, I. (2013). Alfabetización en salud mental en el trastorno bipolar : Asociación con la percepción de agresividad y el género en estudiantes de medicina, *36*(3), 229–234.
- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., & Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia : Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, *35*(3), 215–223.
- Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E., Norman, I., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) Scale-Psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Research*, *206*(1), 81–87.
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.028>
- García-Silberman, S. (1998). The social representation of mental health and illness among Mexican students. *Salud Mental*, *21*(5), 7–19.
- Gathright, M. M., Thrush, C., Guise, J. B., Krain, L., & Clardy, J. (2015). What Do Medical Students Perceive as Meaningful in the Psychiatry Clerkship Learning Environment? A Content Analysis of Critical Incident Narratives. *Academic Psychiatry*. <http://doi.org/10.1007/s40596-015-0303-3>
- Ghodse, H. (2005). Doctors' behaviour and performance. *International Psychiatry: Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of*

Psychiatrists, (10), 1–2.

Gilaberte, I., Failde, I., Salazar, A., & Caballero, L. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental, *15*(4), 227–233.

Gómez Maqueo, E. L., Gómez Hernández, H. L., Morales Rodríguez, B., & Pérez Ramos, M. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, *18*(1), 9–18.

Griffith, D. A., D, E., Schmetzer, A. D., Avirappattu, G., D, P., & Lafuze, J. E. (2005). Before and After a Psychiatric Rotation. *Academic Psychiatry*, (October), 357–361.

Guzmán, Y., Sánchez, R., & Rodríguez-Losana, J. (2012). Percepción de la psiquiatría en estudiantes de pregrado de una facultad de medicina, *41*.

Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. K. (2006). Residents as teachers programs in Psychiatry: A Systematic Review. *Sports Medicine*, *36*(12), 1019–1030. <http://doi.org/10.1097/DSS.0000000000000254>

Heinze, G., Chapa, C., Santisteban, J. A., & Vargas, I. (2012). Los especialistas en Psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud Mental*, *35*(4), 279–285.

Hofmann, M., Harendza, S., Meyer, J., Drabik, A., Reimer, J., & Kuhnigk, O. (2013). Effect of medical education on students' attitudes toward psychiatry and individuals with mental disorders. *Academic Psychiatry : The Journal of*

the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry, 37(6), 380–4.

<http://doi.org/10.1176/appi.ap.11090172>

Høifødt, T. S., Olstad, R., & Sexton, H. (2007). Developing psychiatric competence during medical education and internship: contributing factors. *Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice*, 12(4), 457–73.

<http://doi.org/10.1007/s10459-006-9010-x>

Holm-Petersen, C., Vinge, S., Hansen, J., & Gyrd-Hansen, D. (2007). The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 308–11.

<http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01036.x>

Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Loughran, J., & Thornicroft, G. (2011a). A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Medical Education*, 11(1), 51. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-11-51>

Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Loughran, J., & Thornicroft, G. (2011b). A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Medical Education*, 11(1), 51. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-11-51>

Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*, 12(1), 62. <http://doi.org/10.1186/1471->

Kassam, a, Glozier, N., Leese, M., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010).

Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 153–61. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01562.x>

Korszun, A., Dinos, S., Ahmed, K., & Bhui, K. (2012). Medical student attitudes about mental illness: Does medical-school education reduce stigma?

Academic Psychiatry, 36(June), 197–204.
<http://doi.org/10.1176/appi.ap.10110159>

Kroenke, K. (2001). The Phq-9. *Journal of General Internal ...*, 46202, 606–613.

Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x/full>

Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9 : A New Depression Measure.

Psychiatric Annals, 32(9), 509–515.

Kuhnigk, O., Schreiner, J., Reimer, J., Emami, R., Naber, D., & Harendza, S.

(2012). Cinemeducation in psychiatry: A seminar in undergraduate medical education combining a movie, lecture, and patient interview. *Academic Psychiatry*, 36(3), 205–210. <http://doi.org/10.1176/appi.ap.10070106>

Lara, M. del C., Fouilloux, C., Arévalo, M. del C., & Santiago, Y. (2011). ¿Cuántos somos? ¿Dónde estamos? ¿Dónde debemos estar? El papel del psiquiatra

en México. Análisis preliminar. *Salud Mental*, 34(6), 531–536. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000600008&script=sci_arttext&tlng=en

Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., ... Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*, 381(9860), 55–62. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61379-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8)

Lau, T., Zamani, D., Lee, E. K., Asli, K. D., Gill, J., Brager, N., ... Murphy, C. (2015). Factors Affecting Recruitment into Psychiatry: a Canadian Experience. *Academic Psychiatry*, 246–252. <http://doi.org/10.1007/s40596-014-0269-6>

Leung, K., Awani, T., Chima, C., & Udo, I. (2015). What can qualitative studies reveal about recruitment into psychiatry? *Academic Psychiatry : The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 39(3), 286–92. <http://doi.org/10.1007/s40596-015-0290-4>

Lyons, Z. (2013). Attitudes of medical students toward psychiatry and psychiatry as a career: A systematic review. *Academic Psychiatry*, 37(3), 150–157. <http://doi.org/10.1176/appi.ap.11110204>

Lyons, Z., & Janca, A. (2015). Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes

towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Medical Education*, 15, 34. <http://doi.org/10.1186/s12909-015-0307-4>

Magliano, L., Read, J., Rega, S., Oliviero, N., Sagliocchi, A., Patalano, M., & D'Ambrosio, A. (2011). The Influence of Causal Explanations and Diagnostic Labeling on Medical Students' Views of Schizophrenia. *Academic Medicine*, 86(9), 1155–1162. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318226708e>

Magliano, L., Read, J., Sagliocchi, A., Oliviero, N., D'Ambrosio, A., Campitiello, F., ... Patalano, M. (2014). "Social dangerousness and incurability in schizophrenia": Results of an educational intervention for medical and psychology students. *Psychiatry Research*, 219(3), 457–463. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.002>

Malhi, G. S., Parker, G. B., Parker, K., Carr, V. J., Kirby, K. C., Yellowlees, P., ... Tonge, B. (2003). Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 424–429.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C. F., ... Ruíz, J. Z. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1–16.

Mino, Y., Yasuda, N., & Tsuda, T. (2001). Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness, 501–507.

Mino, Y., Yasuda, N., Tsuda, T., & Shimodera, S. (2001). Effects of a one-hour

educational program on medical students' attitudes to mental illness.

Psychiatry and Clinical Neurosciences, 55(5), 501–507.

<http://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00896.x>

Nielsen, A. C., & Eaton, J. S. (1981). Medical students' attitudes about psychiatry.

Implications for psychiatric recruitment. *Archives of General Psychiatry*,

38(10), 1144–54. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7294968>

O'Connor, K., O'Loughlin, K., Somers, C., Wilson, L., Pillay, D., Brennan, D., ...

Lane, a. (2012a). Attitudes of medical students in Ireland towards psychiatry:

comparison of students from 1994 and 2010. *The Psychiatrist*, 36(9), 349–

356. <http://doi.org/10.1192/pb.bp.111.037549>

O'Connor, K., O'Loughlin, K., Somers, C., Wilson, L., Pillay, D., Brennan, D., ...

Lane, a. (2012b). Attitudes of medical students in Ireland towards psychiatry:

comparison of students from 1994 and 2010. *The Psychiatrist*, 36(9), 349–

356. <http://doi.org/10.1192/pb.bp.111.037549>

OMS, O. M. de la S.-. (2011). Guía de Intervención mhGAP. *Biblioteca OMS*.

Retrieved from

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf

Ortiz, O., & Sánchez-Mora, N. (2012). Medical students' attitudes towards mental

disorders and their correlation with academic performance. *Revista Médicas*

.... Retrieved from

<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2390>

- Páez, F. (n.d.). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211–218.
Retrieved from <http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia/articulo/version-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas>
- Pailhez, G., Bulbena, A., Bulbena, A., Guilera, C., & Ventura, J. (2008). Cambios en las actitudes vocacionales hacia la psiquiatría de los estudiantes de Medicina durante la carrera. *Archivos de Psiquiatría*, (2–4), 96–108.
- Pailhez, G., Bulbena, A., Coll, J., Ros, S., & Balon, R. (2005). Attitudes and views on psychiatry: A comparison between Spanish and U.S. medical students. *Academic Psychiatry*, 29(1), 82–91.
- Pailhez, G., Bulbena, A., Lopez, C., & Balon, R. (2010). Views of psychiatry: a comparison between medical students from Barcelona and Medellín. *Academic Psychiatry*, 34(1), 61–66. <http://doi.org/10.1176/appi.ap.34.1.61>
- Papish, A., Kassam, A., Modgill, G., Vaz, G., Zanussi, L., & Patten, S. (2013). Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 13(1), 141.
<http://doi.org/10.1186/1472-6920-13-141>
- Pessar, L. F., Pristach, C. a, & Leonard, K. E. (2008). What troubles clerks in psychiatry? A strategy to explore the question. *Academic Psychiatry : The*

Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry, 32(3), 194–8.

<http://doi.org/10.1176/appi.ap.32.3.194>

Quinn, N., Shulman, A., Knifton, L., & Byrne, P. (2011). The impact of a national mental health arts and film festival on stigma and recovery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 71–81. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01573.x>

Retamero, C., & Ramchandani, D. (2013). Subspecialty exposure in a psychiatry clerkship does not improve student performance in the subject examination. *Academic Psychiatry : The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 37(3), 179–181. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=23632928>

Reuland, D. S., Cherrington, A., Watkins, G. S., Bradford, D. W., Blanco, R. A., & Gaynes, B. N. (2009). Diagnostic accuracy of Spanish language depression-screening instruments. *Annals of Family Medicine*, 7(5), 455–462. <http://doi.org/10.1370/afm.981>

Roberts, L. W., & Bandstra, B. S. (2012). Addressing stigma to strengthen psychiatric education. *Academic Psychiatry*, 36(October), 347–350. <http://doi.org/10.1176/appi.ap.12060118>

- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (panas). *Salud Mental*, 26(1), 69–75.
- Rodrigo, A., Wijesinghe, C., & Kuruppuarachchi, K. (2012). Changes in attitudes toward psychiatry with introduction of a new curriculum: experiences of a Sri Lankan medical school. *Sri Lanka Journal of Psychiatry*, 3(1), 14–16.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529–539. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sabogal, G., Rossini, Y., Pedraza, S., & Allende, R. (2012). Percepción de la Psiquiatría en estudiantes de pregrado de una facultad de Medicina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41.
- Saiz, P. A., G-Portilla, M., Paredes, M., Bascaran, M., & Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, 14, 387–403.
- Samimi-Ardestani, S. M. (2009). The effect of psychiatric attachment on student's attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *European Psychiatry*, 24, S969. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)71202-7](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(09)71202-7)
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324(June), 1470–1471.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590), 810–1.

[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)

Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., ... Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(3), 131–144.

<http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x>

Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., & Ing, A. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders*, 190, 115–121.

<http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.011>

Serby, M., Schmeidler, J., & Smith, J. (2002). Length of psychiatry clerkships: recent changes and the relationship to recruitment. *Academic Psychiatry*, 26(2), 102–104. <http://doi.org/10.1176/appi.ap.26.2.102>

Shankar, R., Laugharne, R., Pritchard, C., Joshi, P., & Dhar, R. (2011). Modified Attitudes to Psychiatry Scale Created Using Principal-Components Analysis. *Academic Psychiatry*, 35(6), 360–364.

Silvia, D., Tafoya, A., Gilda, D., Pérez, G., Soto, H. A. O., & León, S. O. (2006). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 15, 82–87.

Singh, S. P., Baxter, H., Standen, P., & Duggan, C. (1998). Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods, 115–120.

- Stuart, H., Sartorius, N., & Liinamaa, T. (2014). The images of psychiatry scale: development, factor structure, and reliability. *BMC Psychiatry*, 14(1), 337. <http://doi.org/10.1186/s12888-014-0337-1>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408–15. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... Henderson, C. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 6736(15), 1–10. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, S. N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, (190), 192–193.
- Todor, I. (2013). Opinions about Mental Illness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 209–214. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.247>
- Tomas Baader, Jose Molina, Silvia Venezian, Carmen Rojas, R. F. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10–22. Retrieved from www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272012000100002&script=sci_arttext
- Valdivieso, S., Sirhan, M., Aguirre, C., Ivelic, J. A., Aillach, E., & Villarroel, L.

(2014). Attitudes of Medical Students Toward Psychiatry in a Chilean Medical School. *Academic Psychiatry*, 38(3), 309–311.

<http://doi.org/10.1007/s40596-014-0089-8>

Villamil Salcedo, V., Valencia Collazos, M., Medina-Mora Icaza, M. E., & Juárez

García, F. (2009). Validación de la prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT) en pacientes Mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 283–289.

<http://doi.org/10.1590/S1020-49892009001000001>

WHO. (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Retrieved from

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf

Wiguna, T., Siew, T., & Danaway, J. (2012). Factors related to Choosing

Psychiatry as a Future Medical Career among Medical Students at the Faculty of Medicine of the University of Indonesia 印尼大學醫科生選擇從事精神醫學的因素, 57–61.

Wilkinson, D. G., Greer, S., & Toone, B. K. (1983). Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychological Medicine*, 13(1), 185–192.

Wimsatt, L. a., Schwenk, T. L., & Sen, A. (2015). Predictors of Depression Stigma in Medical Students. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(5), 1–12.

<http://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.021>

Xavier, M., & Almeida, J. C. (2010). Impact of clerkship in the attitudes toward

psychiatry among Portuguese medical students. *BMC Medical Education*, 10,

56. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-10-56>

Yadav, T., Arya, K., Kataria, D., & Balhara, Y. P. S. (2012a). Impact of psychiatric education and training on attitude of medical students towards mentally ill: A comparative analysis. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), 22–31.

<http://doi.org/10.4103/0972-6748.110944>

Yadav, T., Arya, K., Kataria, D., & Balhara, Y. P. S. (2012b). Impact of psychiatric education and training on attitude of medical students towards mentally ill: A comparative analysis. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), 22–31.

<http://doi.org/10.4103/0972-6748.110944>

Yamaguchi, S., Mino, Y., & Uddin, S. (2011). Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: A narrative review of educational interventions.

Psychiatry and Clinical Neurosciences, 65(5), 405–415.

<http://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02239.x>

Capítulo XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Ernesto Márquez Cervantes

Candidato para el grado de

Especialista en Psiquiatría

Tesis: LA PERCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA Y LAS ACTITUDES HACIA LOS
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE LOS ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO
DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UANL

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos personales: Nacido en Monclova, Coahuila el 26 de Julio de 1986, hijo de
Ernesto Márquez Rivera y María del Socorro Cervantes Viesca.

Educación: Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de
Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y partero en 2011.

Experiencia profesional: Residente de la especialidad de Psiquiatría en el Hospital
Universitario “Dr. José E. González” en Monterrey, Nuevo León, de Marzo del
2012 a Marzo del 2016